

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Février 1901, à 1 heure.

Par CHARLES-VINCENT-MARC SENS

Né à Bayonne, le 5 juillet 1871

ÉTUDE CRITIQUE DE 89 OBSERVATIONS

DE

RÉCIDIVE DE GROSSESSE ECTOPIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

202
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Février 1901, à 1 heure.

Par CHARLES-VINCENT-MARC SENS

Né à Bayonne, le 5 juillet 1871

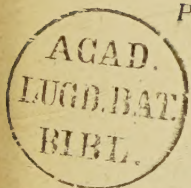
ÉTUDE CRITIQUE DE 89 OBSERVATIONS

DE

RÉCIDIVE DE GROSSESSE ECTOPIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ N...
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	TILLAUD.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Reconnaissance filiale.

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE D^r H. VARNIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Accoucheur des hôpitaux,
Secrétaire général de la Société d'Obstétrique,
de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris.

ÉTUDE CRITIQUE DE 89 OBSERVATIONS

DE

RÉCIDIVE DE GROSSESSE ECTOPIQUE

AVANT-PROPOS

Une coutume déjà vieille en Suède veut que l'étudiant, au moment de quitter ses compagnons d'études, chante avec eux « l'hymne du départ ». Cet hymne, tout imprégné d'espoir dans l'avenir, tranche singulièrement avec les aspirations pessimistes auxquelles nous ont habitués les écrivains de ces pays. Le souvenir des « amitiés liées sous les ombrages que donnent les lauriers » et l'appui réconfortant qu'il assure pour le combat de la vie servent de thème à la mélodie qui se termine en un accord reposant.

Comme l'étudiant de l'université d'Upsal, nous venons à notre tour dire toute notre reconnaissance aux premiers maîtres qui ont bien voulu honorer de leur amitié et entourer de leurs conseils notre jeunesse malade. Ils nous ont forcé à espérer et ont laissé subsister en nous l'intacte chrysalide, alors que, brûlant les étapes et passant rapidement du prin-

temps à l'hiver, nous semblions avoir atteint la polaire saison pour nous y draper de neige, d'engourdissement et de silence.

Aujourd'hui, grâce à eux, nous ressuscitons à larges ailes !

Mille fois merci, cher professeur Vergely, qui malgré tout et tous nous avez fait éprouver les froids salutaires de l'Engadine et d'une main paternelle avez ranimé en nous l'espérance mourante. Merci aussi à M. le professeur Arnozan dont les conseils pleins de sagesse et de bonté ont été pour nous le sourire consolateur. Dans leurs services nous avons admiré leur science ; hors de leurs services nous avons éprouvé leur cœur.

Nous nous en voudrions d'oublier M. le professeur agrégé Sabrazès, qui plus notre ami que notre maître, nous a ouvert toutes grandes les portes de son laboratoire où nous avons pu à la fois apprécier son érudition et sa grande bonté.

Que M. le D^r Legros, chef de clinique de M. le professeur Demons, reçoive ici nos affectueux souvenirs pour les agréables moments passés en sa compagnie.

M. Fieux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été notre Mentor salutaire. A lui nous devons d'avoir reçu un accueil empressé à la clinique Baudelocque. Notre dette de reconnaissance envers lui est donc très grande et nous saisissons avec empressement l'occasion de l'en assurer aujourd'hui.

Merci à MM. Bouffe de Saint-Blaise et Funck-Brentano de nous avoir, en des leçons d'une pratique précieuse, mis « les fers en mains » et appris à nous en servir. Merci à M. le chef de clinique Paquy d'avoir été particulièrement condescendant dans nos débuts à Baudelocque.

M. Varnier tarirait à lui seul la série des éloges et des remerciements. Sa modestie s'en accommoderait difficilement.

Qu'il nous suffise de dire que c'est lui qui a inspiré tout

notre travail et que c'est à lui que nous devons de l'avoir mené à bonne fin. Affirmer sa bienveillance à notre égard est donc chose inutile. Qu'il sache en retour que notre reconnaissance envers lui ne cessera que là où le pouvoir de la lui prouver manquera.

M. Pinard nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui offrir, avec l'hommage de notre grande admiration, l'expression de nos remerciements respectueux.

Dans ses cliniques il nous a donné le plus bel enseignement qu'un maître puisse inculquer à de futurs médecins : étudier l'art des accouchements « dans le livre de la nature » et avoir pour idéal professionnel la probité scientifique jointe à celle du caractère.

PREMIÈRE PARTIE

Introduction.

Arrivé à la fin de mes études j'ai dû, comme tout candidat, me préoccuper de trouver un sujet de thèse; mais je l'ai cherché avec le souci de faire autre chose qu'une thèse-formalité. Mon maître, M. Varnier, me proposa d'étudier, sous sa direction, les 96 observations de récurrence de grossesse ectopique qu'il avait réunies au cours de recherches motivées par un cas personnel observé en 1899-1900 et communiqué à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris* dans sa séance du 5 octobre dernier.

« Il fallait d'abord procéder, me disait-il, à l'élagage du sujet, c'est-à-dire, après être remonté à la source de chaque observation citée comme exemple de récurrence de grossesse ectopique, émonder : 1° les cas *inventés* par des auteurs insuffisamment documentés; 2° les observations incomplètes et par là même *suspectes*.

« Le départ fait entre le mort et le vif, tirer de l'examen attentif de ce dernier les éléments d'un essai synthétique sur la récurrence de la grossesse ectopique. »

J'ai suivi de point en point ce programme.

Les sources consultées, il nous est apparu que 5 de ces 96 observations devaient disparaître de la statistique savoir: les prétendues observations de C. Been, de Mansell-Moullin, de Bröse, de W. L. Reid, de P. Michinard.

Voici pourquoi :

1° La prétendue observation de C. Been — que citent et analysent, d'après l'*American Journal of Obstetrics* d'avril 1893, le *Centralblatt für Gynäkologie* de 1894 (p. 711) et le tome VIII du *Jahresbericht de Frommel* (p. 609) — n'est qu'une adultération de l'observation de Beck (obs. n° 21).

2° La prétendue observation de Mansell-Moullin — que J. Weil, d'après une citation sans détails faite par Engström, dit être dans le tome IX du *British gynecological Journal* (p. 488) — n'existe pas. Il n'y a, de cet auteur, que des réflexions sur le cas de Bennington (obs. n° XXIV des cas suspects).

3° La prétendue observation de Bröse — citée par J. Edgar comme se trouvant dans le tome XVII (p. 335) du *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* — est le cas de J. Veit (obs. n° 30).

4° L'observation de W. L. Reid dans le *Glasgow medical Journal* (t. XLVIII, p. 130, 1897), citée par J. H. Ferguson comme la première observation écossaise de récidue, est une banale observation d'hématosalpinx (unilatéral) lié à une grossesse extra-utérine (connected with an extra-uterine foetation). Il n'y est pas question de récidue.

5° L'observation de P. Michinard dans l'*American Journal of Obstetrics* de juillet 1896, citée par J. Weil comme cas de récidue, d'après le *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* (t. IV, p. 296, sans détails), a trait à « a case of plural ectopic gestation » ; une seule trompe est gravide : grossesse gémellaire.

Nous avons de plus, jusqu'à nouvel ordre, laissé de côté deux autres observations dont nous n'avons pu ni vérifier la source ni trouver d'analyse. Ce sont une observation de

V. Ott et une de H. C. Bloom qui, d'après Toivo Forsström (1) et le tome VIII du *Frommels Jahresbericht* se trouverait dans le tome III de *Philadelphia Policlinic* (p. 292) sous ce titre « Section for double extra-uterine pregnancy thirteen weeks after abortion ».

Ce premier émondage terminé, nous nous trouvons en présence de 89 observations que nous avons pu presque toutes (84) étudier dans l'original.

Pour 5 seulement nous avons dû nous contenter de l'analyse publiée par un de ceux qui nous ont précédé dans cette étude. Ce sont les observations de O. Christie (n° III des cas suspects); Brown (n° VI des cas suspects); Worall (n° 11); Ekehorn (n° 45); Duff (n° 51). Les recueils qui renfermeraient les originaux (*Medicinskt Revue?* — *St-Louis medic. and surg. Journ.* — *Australian med. Gaz.* — *Hygiea* — *Cincinnati Lancet Clinic*) n'existent pas à la bibliothèque de la Faculté. Nous avons marqué d'un astérique ces 5 observations.

A parcourir ces 89 observations de récurrence de grossesse ectopique dans les recueils ou les mémoires qui en fournissent les analyses on pourrait s'imaginer qu'elles constituent pour l'étude de la récurrence de la grossesse ectopique un solide fondement. Il en faut rabattre lorsqu'on étudie les observations originales.

Et l'on s'aperçoit bien vite qu'il en faut éliminer d'emblée, comme *suspectes*, 24, soit *plus d'un quart*.

Ces 24 observations suspectes, dont nous allons donner l'analyse, sont classées sous trois chefs :

(1) *Mittheil. aus der gynækol. Klinik des PROF. DR OTTO ENGSTRÖM in Helsingfors*. Bd. 1, H. 1, p. 40.

Dans le *premier groupe* A se rangent les cas de Siegenbeck van Heukelom, de Savage, d'O. Christie, de Balleray. Soit à l'autopsie, soit au cours d'une laparotomie les deux trompes furent trouvées gravides sans qu'on puisse savoir s'il s'agissait d'un coup double ou d'une répétition.

Dans le deuxième B, le plus nombreux (14 cas), il s'agit bien, d'après les auteurs, de récidives, de grossesses ectopiques répétées, alternées (dans une trompe d'abord, dans l'autre ensuite) ; mais l'étude des originaux fait constater leur insuffisance, tantôt pour l'une, tantôt pour l'autre des grossesses tubaires incriminées [obs. d'Abulcasis, de Brown, de Kletzsch, de G. E. Hermann (1888), de Hanks, de Rosenwasser, de Mac Kelway, de Shoofield, de Dührssen, de Zangemeister, de Strauch (*bis*), de Godart, de Pestalozza].

Il s'agit, dans la plupart, de cas dans lesquels n'existe pour l'une des deux grossesses tubaires supposées qu'une observation clinique écourtée, à laquelle manque le seul signe qui pourrait lui donner l'estampille de grande probabilité, nous voulons dire l'expulsion d'une caduque déterminée histologiquement.

Dans le troisième groupe, enfin (groupe C), nous plaçons la plupart de ces observations extraordinaires que M. Varnier a reproduites récemment in extenso, pour les éliminer, dans un rapport à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, et que leurs auteurs ou des commentateurs donnent comme des exemples de trois grossesses extra-utérines chez la même patiente ou de deux grossesses ectopiques alternées dans la même trompe.

Il suffit d'en lire le résumé ci-dessous pour se convaincre avec lui qu'« elles manquent de la précision anatomique et

clinique qu'on est en droit d'exiger pour des faits aussi extraordinaires ».

Cas suspects. — GROUPE A.

I. — SIEGENBECK VAN HEUKELOM. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 1885, n° 36, et *Recueil des travaux du laboratoire Bërhaave*, t. I, p. 1. Leyde, 1899.

Pièces trouvées à l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie interne.
Quatre mois environ avant la mort (interprétation des pièces), grossesse tubaire gauche, rompue six à huit semaines avant la mort : petite hémorrhagie rapidement encapsulée.

Aussitôt après : Grossesse tubaire droite de trente-cinq à quarante jours, rompue, entraînant la mort par hémorrhagie interne.

A l'autopsie, vingt heures après, sang partout

Comme on le soupçonnait, la trompe gauche était rompue ; à 4 centim. de l'utérus, brèche de 2 centim. par laquelle font saillie de petites villosités de tissu conjonctif et des membranes qui semblent bien être les restes d'un tissu déchiré. Pas de corps jaune à gauche. Pas d'examen histologique. Pas de fœtus.

De plus, à la stupéfaction de l'auteur qui n'attendait que ce qui précède, la trompe droite forme aussi un kyste fœtal mou, rompu et du volume d'une grosse noix. On y voit de très belles villosités choriales ramifiées, l'amnios, un cordon de 2 centim. de long avec trois vaisseaux. Confirmation histologique pour les villosités à deux couches cellulaires en voie de croissance.

Corps jaune vrai.

Enfin, dans le Douglas, fœtus de trente-cinq à quarante jours (3 centim. environ). Utérus, 11 à 12 centim. de long ; très belle caduque.

II. — SAVAGE. *Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1892, t. I, p. 556 (cité par EDGAR, v. plus loin, obs. 74).

Savage montre à la séance du 11 février 1892 de la *Birmingham and Midland counties branch of the British Association*, un « exemple de grossesse tubaire de chaque côté ».

Du côté droit, la trompe était rompue vers son centre et une môle apoplectiforme s'en était échappée. A gauche, une tumeur aussi grosse que les poings fermés, pleine de caillots noirs, fut trouvée adhérente à l'épiploon et à l'intestin. On l'enleva facilement ; l'ampoule était dilatée comme si le sang s'en était échappé, comme dans le cas d'avortement tubaire. Guérison.

III. — O. CHRISTIE. *Medicinskt Revue* (?), janvier 1897, p. 1 ; *Ref. Centr. f. Gyn.*, 1898, n° 20, p. 552 (par K. BRANDT, de Christiana). Dobbeltsidigt extra-uterin svangerskab.

On fit la laparotomie à une femme ayant une grossesse tubaire droite et une grossesse tubo-ovarique gauche. Le diagnostic présenta des difficultés, parce que l'évolution fut traînante et que l'exploration bimanuelle ne put être faite à cause de la sensibilité du bas-ventre. Guérison.

IV. — BALLERAY. *Med. News*, 29 janvier 1898.

Femme de 27 ans. 1 accouchement antérieur, neuf mois avant.

Laparotomie le 8 mars 1896, pour le diagnostic (confirmé par Cœ) de grossesse tubaire gauche.

La trompe gauche était en effet le siège d'une grossesse tubaire ; elle était très augmentée de volume et rattachée par des adhérences à la face postérieure du ligament large, au rectum et à l'intestin grêle. Extirpation.

La trompe droite, examinée ensuite, fut également trouvée dilatée en un sac de 2 pouces de diamètre, libre d'adhérences. Nous l'enlevâmes aussi. Elle renfermait un fœtus qui présentait un développement de 10 semaines. Toilette ; drainage. Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
V. — ABULCASIS (trad. L. LECLERC. Paris, J.-B. Baillière, 1861, p. 182), chap. LXXVI du livre II de la Chirurgie + 1106.	J'ai vu dans le temps une femme enceinte dont le fœtus rut sans être expulsé.
VI. — F. BROWN, d'après PUECH. L'original se trouverait dans <i>Saint-Louis Med. a. surg. Journal</i>, mai 1850, p. 205; la collection n'existe à la Faculté que depuis 1852. Après plusieurs avortements.	Conduit une grossesse jusqu'à terme et n'en est pas avancée pour cela, car le fœtus était extra-utérin.
VII. — KLETZSCH, G.-A. <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXI, p. 520, 1888. 23 ans, mariée 3 ans, nullipare.	En juin 1884, au Woman's Hospit., opérée par Thomas grossesse extra-utérine. Il enleva le fœtus mort par rotomie et sutura le placenta dans la plaie abdominale il s'élimina graduellement. — Guérison parfaite. — règles revinrent au bout de 4 mois et furent régulières depuis.

ROUPE B.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
?	Elle conçut depuis et le fœtus mourut également. Longtemps après, il lui survint à l'ombilic une tumeur qui se développa, s'ouvrit et suppura. Je fus appelé près d'elle et je la traitai longtemps. Cependant la plaie ne se fermait pas. Onguents attractifs. Un os sort de la plaie ; plusieurs jours après, un autre. Je conclus qu'ils provenaient d'un fœtus mort. Je sondai la blessure et en retirai un grand nombre d'os. La femme se portait bien et vécut longtemps ainsi avec une fistule.	Guérison.
as après.	Elle conçut de nouveau, mais, à la fin du sixième mois, il se déclara un faux travail à la suite duquel le kyste s'ouvrit à travers la paroi de l'abdomen. L'orifice fut élargi et les os furent extraits.	?
s.	Dernières règles le 30 août 1887. — 20 octobre, douleurs expulsives pendant 2 heures et léger écoulement sanguin. — 22 octobre, brusquement, douleur atroce à droite avec prostration générale, sueurs froides, vomissements et rétention d'urine. — 27 octobre, masse distincte, du volume d'une petite orange, attachée au flanc droit de l'utérus refoulé à gauche. — Cœ la voit le 29 et confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine. — Hunter la voit le 31 et conseille le traitement faradique, qui est fait jusqu'au 8 novembre. A ce moment, même état local, mais phénomènes septiques. Hunter est d'avis d'attendre encore. — 9 novembre, Cœ admet rupture et hématocele et se tient prêt à intervenir. Dès lors, amélioration graduelle. — Examen final le 3 mars. Utérus encore un peu gros et refoulé à gauche. Un cordon se sent à droite, partant de la corne utérine.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
VIII. — G.-E. HERMANN. <i>British Med. Journ.</i> , 1888, p. 1152.	En décembre 1885, après 5 semaines de signes d'hémorrhagie interne et retard de 11 semaines : diagnostic fait à l'hôpital : hémato-cèle rétro-utérine due à une grossesse utérine gauche. Pas de caduque expulsée.
IX. — HANKS. <i>Americ. J. of Obst.</i> , t. XXVI, p. 111, 1892. (<i>Trans. of the New-York Acad. of Med.</i> — N'existent à la bibliothèque que jusqu'en 1886.)	Vers 1888, cette femme avait eu une grossesse tubaire. Le fœtus avait été tué par le courant faradique.
X. — M. ROSENWASSER. <i>American Journal of Obst.</i> , t. XXVIII, p. 846, 1893. 42 ans, mariée depuis 23 ans. 3 enfants : 21, 16 et 11 ans.	2 ans avant le 2 ^e accouchement, il y a 18 ans, retard de 11 semaines, avec menace d'avortement, mais il ne s'agit pas de fœtus. Ventre gros ; traitée pour péritonite. Guérison.
XI. — Mc G. KELWAY. <i>The Journal of the Americ. Medic. Association</i> , t. XXI, n ^o 12. Chicago, 16 sept. 1893. 30 ans, mariée depuis 4 mois. Nullipare.	Le 25 janvier 1891, se croyant enceinte de 2 mois, hémorrhagie utérine profuse, douleurs et collapsus. Le diagnostic appelé diagnostique avortement. — Expectation ; mort progressive.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
3 ans.	En janvier 1888, laparotomie pour rupture, le lendemain de l'entrée à l'hôpital, d'une grossesse tubaire <i>droite</i> (dernières règles : 6 semaines) ; fœtus passé dans l'abdomen, mais encore rattaché à la trompe par son cordon. — Aucun renseignement sur l'état des annexes gauches.	Guérison.
4 ans.	Laparotomie 8 semaines après les dernières règles et après 8 à 9 jours de traitement électrique et extraction de plus de 3 livres de sang et de la trompe <i>droite</i> rompue. — Hanks passa la main du côté gauche, là où avait eu lieu la première grossesse tubaire, mais, vu les adhérences et les exsudats, il ne put sentir les annexes.	Guérison.
12 ans (grossesses 2 et 3 dans l'intervalle).	Laparotomie le 6 juin 1893 pour tumeur pelvienne fluctuante du cul-de-sac postérieur déterminant des phénomènes de compression. — 6 ans auparavant, mêmes symptômes qu'il y a 18 ans, sans troubles menstruels. Collapsus brusque suivi de péritonite. — Rosenwasser la voit ; ponction du Douglas, dans l'hypothèse d'un abcès pelvien. Liquide clair. — 3 longs mois de convalescence. — Extirpation de l'ovaire droit kystique et d'un sac tubaire <i>droit</i> avec une quarantaine d'os fœtaux ; côtes d'un 1/2 pouce (8 semaines environ) et de la trompe gauche occluse et dilatée par un vieil hémato-salpinx, peut-être grossesse tubaire, et un pyo-salpinx ampullaire, et de l'ovaire correspondant, adhérents. — Il s'est donc peut-être agi, dans les deux maladies rapportées, de ruptures de gross. tubaires.	Guérison.
11 mois.	Laparotomie d'urgence par Mac Kelway, le 3 décembre 1891, pour brusque collapsus avec douleurs terribles dans le bas-ventre. Se croyait enceinte. Dernières règles : 7 semaines. — Extirpation de la trompe <i>gauche</i> ayant les dimensions d'un crayon et rompue au 1/3 moyen. Hémorrhagie intra-péritonéale. — Ovaire et trompe droits adhérents au fond de l'utérus, désorganisés. Suture. Pas de drainage. Pas de produits de conception vus, mais pas grande attention. — Pas de description des pièces ; pas d'examen histologique.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XII. — C.-R. SHOOFIELD. <i>American Journal of Obstetrics</i>, t. XXXVII, p. 318. 27 ans. (1) <i>Lancet Clinic</i>, 20 déc. 1890.	Grossesse tubaire opérée le 8 février 1890, par le doct. Thuddeus A. Reamy (1).
XIII. — DUHRSSSEN. <i>Arch. für Gyn.</i>, t. LIV, p. 221 (obs. 8 du tableau I). Frau Herz, 24 ans, accouchée en mars 1893.	Laparotomie le 6 octobre 1893 pour grossesse tubaire (isémique) droite de 5 semaines rompue. Salpingo-oophoromie droite. Annexes du côté gauche tout à fait normales. Guérison après fièvre et exsudat du Douglas résorbé. — Sortie guérie le 4 novembre 1893 et tout à fait bien jusqu'à l'automne 1896. Villosités à l'examen histologique.
XIV. — W. ZANGEMEISTER. <i>Zeitschr. f. geb. u. Gyn.</i>, t. XXXVIII, p. 404, 1898. (Cas n° 2.) 29 ans ; mariée à un gonorrhéique avéré. Multipare : mai 1892, accouchement à terme ; décembre 1892, avortement 3 semaines ; mai 1893, avortement 2 mois ; fin juin 1893, avortement 6 sem. ; automne 1893, avortement suivi d'infection ; mai 1894, avortement 4 mois ; le dernier, 2 ans et 5 mois.	Laparotomie le 25 novembre 1896 pour grossesse tubaire gauche (fimbriaire) rompue, du volume d'un œuf de poule (dernières règles : ?... accidents remontant à 1 mois). Excision de la trompe gauche. Sort guérie le 15 décembre 1896.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ans.	Dernières règles : 15 novembre 1893. Pertes irrégulières, crises douloureuses, évanouissements de janvier à mai 1894, symptômes absolument semblables à ceux de la 1 ^{re} grossesse ectopique. — Johnston et Shoofield constatent, 6 mois après le début des symptômes précités, tumeur annexielle <i>droite</i> du volume d'une pomme et pensent à grossesse tubaire rompue dans le ligament large.	Guérison.
ans 9 mois.	Morte le 10 novembre 1896, probablement de grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue. — Dernières règles normales le 20 août. — 19 septembre, écoulement sanguin en retard et avec fortes douleurs, etc. — 21 octobre, douleurs et syncope. — 22 octobre, diagnostic grossesse utérine; repos au lit. — 24 octobre, expulsion de « parties d'œuf » malheureusement non conservées. — 5 et 7 novembre, nouvelles crises douloureuses. — 8 novembre, nouvelles crises douloureuses. — 9 et 10 novembre, bien. — Appelé à 10 heures, par téléphone, pour nouvelle crise survenue à 9 heures. Dührssen la trouve morte.	Dans ce cas, le diagnostic récidive est seulement vraisemblable, les proches s'étant opposés à l'autopsie.
an.	Le 28 novembre 1897, l'auteur diagnostique très vraisemblablement une grossesse tubaire <i>droite</i> du volume d'une petite pomme et décide d'opérer si l'état empire (dernières règles : 10 septembre 1897); mais la patiente s'étant peu à peu remise, on s'abstient d'opérer. — Sort le 18 décembre; la tumeur droite a disparu; dans le Douglas, on sent une masse molle, irrégulière; l'exploration est encore difficile; la trompe ne se laisse pas explorer.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XV. — DE STRAUCH. <i>Revue de gyn. et de chir. abdominale</i>, 1899, t. III, p. 51. 24 ans; 1 enfant de 6 ans.	Colpotomie pour hématocele survenue 3 semaines auparavant après retard d'une semaine. — 3 verres de sang. — n'a pu voir la trompe gravide, et l'on ne peut dire s'agissait d'une rupture ou d'un avortement tubaire.
XVI. — LE MÊME. <i>Loco citato</i>. 29 ans; mariée depuis 8 ans; 1 accouchement antérieur (7 ans).	D'après le dire du médecin traitant, la malade a eu, il un peu plus de 3 ans, une grossesse de la trompe gauche qui la retint au lit 4 mois. Elle a, depuis lors, une tumeur dans le ventre.
XVII. — GODART. <i>Polyclinique</i> (Bruxelles), n° 5, 1899, p. 71. 36 ans; 3 enfants, suites normales.	Grossesse extra-utérine gauche vraisemblable (?) en 1892. A cette époque a souffert du ventre et a dû garder le pendant 1 mois 1/2. A cette époque, elle aurait eu tumeur derrière l'utérus. Un traitement purement médical put la débarrasser de ses souffrances. — Il est très possible qu'une première grossesse extra-utérine avec hémato intra-abdominale se soit produite il y a 6 ans, et que la longue la résorption du caillot avec <i>restitutio ad integrum</i> se soit faite.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ans.	Laparotomie le 9 octobre 1895 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> 1/3 externe ; 4 mois après les dernières règles normales, 3 mois après le début des accidents. Avortement tubaire. Hématocèle du volume du poing. Pas d'embryon ; au microscope, villosités choriales. — Extirpation de la trompe gauche. On laisse, après l'avoir décollée, la droite « qui, 3 ans auparavant, avait été le siège de la 1 ^{re} grossesse extra-utérine et était partout adhérente ; son extrémité abdominale paraissait ouverte ». La malade désirait avoir des enfants. — Stérile depuis.	Guérison.
un peu plus de 3 ans.	Laparotomie le 25 mars 1898 pour grossesse extra-utérine <i>droite</i> intra-ligamenteuse du volume d'un poing d'enfant (1/3 externe). Accidents depuis le 12 février. Avortement tubaire. Elle se laisse facilement énucléer. — Les annexes droites sont liées et extirpées. Les annexes gauches sont soudées avec le rectum et l'S iliaque et forment un conglomérat d'adhérences qu'on sépare avec beaucoup de difficultés. L'ovaire gauche contient un kyste de la grosseur du poing. — L'extrémité abdominale de la trompe est oblitérée. Comme les fonctions physiologiques de la trompe gauche sont annulées et que l'ovaire correspondant est dégénéré, on enlève également les annexes gauches. — Il ne nous fut pas possible de nous expliquer clairement quel avait été le mode de l'interruption de la première grossesse extra-utérine.	Guérison.
ans.	Laparotomie le 8 décembre 1898 après un retard de 2 mois suivi de métrorrhagies continuelles. — Extraction de la trompe <i>droite</i> renfermant un œuf complet avec cavité amniotique où flotte un petit fœtus de 2 centim. pendu à un frêle cordon ombilical. — Résection d'un kyste ovarique gauche. Rétablissement de la perméabilité de la trompe gauche oblitérée et renfermant un peu de sérosité. Quelques brides cicatricielles dans le Douglas.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XVIII.—E. PESTALOZZA. <i>Archivio italiano di Ginecol.</i>, 31 octobre 1900, p. 474 à 479. (Résumée par l'auteur.)	En juillet 1897, laparotomie pour rupture, au cours d'un examen sous chloroforme, d'une grossesse extra-utérine en évolution à 4 mois (trompe droite). Inondation péritonéale, rupture de la trompe, passage du fœtus dans le péritoine. — Guérison.
XIX.—HAYDON, N.-J. <i>London Obstetrical Transactions</i> pour 1863, t. V, p. 280; 1864, avec 1 pl.— Traduite in extenso (avec fig.) dans <i>Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris</i>, t. II, p. 317. (H. VARNIER. Rapport sur une observation de récurrence de grossesse ectopique). Jeune servante morte après quelques heures de maladie, de la rupture du sac d'une grossesse tubaire.	Cas suspects. 4 à 5 ans avant, on l'avait crue enceinte et ayant avorté. Cependant, on n'avait pas vu de fœtus. Si malade alors qu'on désespéra de sa vie.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ans.	En octobre 1899, Pestalozza revoit la patiente. Un médecin appelé en août pour hémorrhagie grave après aménorrhée de 3 mois et croyant à une menace d'avortement, toucha et constata l'imperméabilité du canal cervical, une certaine augmentation du volume de l'utérus et une tuméfaction à l'angle <i>gauche</i> du corps utérin. — Expulsion en octobre d'os recueillis par le confrère et jugés appartenir à un fœtus de 3 mois. — Au toucher, utérus vide. Pestalozza conseille expectation. — En décembre, avec hémorrhagie, expulsion d'une masse que le confrère reconnut pour <i>placentaire</i>. Pestalozza croit (avec réserves) à grossesse interstitielle de la trompe gauche.	
— GROUPE C.		
à 5 ans environ.	Morte en 24 heures avec des symptômes que l'on crut produits par du poison pris pour procurer l'avortement.	Al'autopsie: Hémorrhagie intra-péritonéale; fœtus avec son placenta et ses membranes, libre dans le bassin; mort depuis peu et semblant âgé de 3 mois. — Utérus long de 4 pouces; caduque épaisse. — Ovaire gauche et trompe normaux. La trompe droite, en forme de sac de 3 pouces de diamètre, est rompue; à travers la fente sont sortis le fœtus et ses annexes. Ovaire sain; un corps jaune semblant dater de 6 mois. Outre cela, on trouva un 2^e fœtus enfermé dans son sac appendu à l'extrémité frangée de la trompe. Mort à 2 mois et remontant à la grossesse antérieure.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE EPTOPIQUE
XX. — ALBAN DORAN. <i>British Med. Journ.</i>, 1891, t. II, p. 789. 36 ans ; mariée depuis 13 ans ; 2 avortements. 1 accouchement à terme il y a 10 ans. Il y a 8 ans, sévère attaque de douleurs pelviennes. 2 mois au lit. Depuis, a toujours souffert, surtout pendant la défécation et la marche. L'abdomen resta toujours douloureux au palper. Il y a 5 ans, a consulté Thornton. Bien qu'à ce moment elle ressentit constamment douleur à droite du bassin, les annexes gauches seules furent trouvées malades. Toujours bien réglée malgré cela.	Une nuit d'avril 1890, les règles retardant de 3 semaines violente douleur à l'hypogastre avec irradiations vers les seins et les extrémités ; il fallut des opiacés pour calmer cette crise. — 3 semaines plus tard, crise plus grave ; 2 mois au lit la suite ; l'abdomen reste très sensible. Envoyée en convalescence à Brighton où eut une nouvelle attaque ; se remit vite. — A Noël, elle était en bonne santé, sauf que la douleur pelvienne chronique persistait. — Doran admet qu'il y eut alors un avortement tubaire à droite après lequel la trompe redevint apte à une nouvelle imprégnation. (Voir plus loin)
XXI. — JOHN.-W. TAYLOR. <i>British Gynecol. Journ.</i>, t. VIII, p. 168, 1892. 33 ans ; un enfant de 4 ans.	Le 22 novembre 1889, après environ six semaines d'aménorrhée (début de grossesse), surviennent des symptômes de péritonite, en même temps qu'une hématoécèle se développe du côté gauche de l'utérus. Je diagnostiquai rupture probable d'une grossesse tubaire et me tins prêt à opérer. — Les symptômes s'amendèrent, l'hématoécèle limita, et six semaines de lit suffirent à sa résorption et à la guérison.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
is.	Dernières règles : 12 janvier 1891. Le 22 février, les règles sont en retard d'une quinzaine; violente attaque de douleurs pelviennes. — Le 28 février, même état. — Le 2 mars, Doran la voit en consultation, robuste, mais un peu pâle. Exploration bimanuelle difficile à cause de la défense musculaire. Résistance distincte à gauche du col, mais rien à droite. Pensant que la maladie locale se calmait, j'en fus pas d'avis d'opérer. On me rattrapa à la gare : il y avait une nouvelle attaque; violentes douleurs, sueurs froides, etc. Opération exploratrice décidée. — Laparotomie le 7 mars. Sang coagulé dans la partie inférieure de la cavité péritonéale. <i>Annexes gauches</i> après rupture des adhérences nombreuses amenées à la plaie : trompe gauche dilatée près de son extrémité fimbriaire où elle était déchirée, un caillot récent bouchant la déchirure. Ostium ouvert et bouché de caillots. L'ovaire gauche renferme un <i>gros corps jaune récent</i>. Extirpation. <i>Annexes droites</i> aisément amenées. Trompe droite uniformément distendue par du sang liquide et coagulé; du sang sort librement de l'extrémité fimbriaire béante. L'ovaire droit ne renferme pas de corps jaune récent, mais un corps jaune atrophié, vieux d'environ 6 mois. Extirpation. <i>Examen histologique</i> : grossesse jeune évidente à droite. Je ne pus trouver à gauche aucune trace d'un produit de conception.	Ceserait, pour Doran, une récurrence dans la trompe droite. Il explique l'hématosalpinx et la rupture à gauche par hémorragie récurrente de la trompe droite par l'utérus et l'ostium uterinum!
1 mois.	Laparotomie le 29 janvier 1892, pour rupture d'une grossesse tubaire <i>gauche</i>. — Dernières règles : 23 décembre; premiers signes de rupture : 28 janvier. — Extirpation de la trompe et de l'ovaire correspondant. — Les annexes du côté droit, examinées et trouvées saines, furent laissées. — Irrigation et drainage. Guérison lente. A la surface supérieure de la trompe enlevée, distendue, est une petite rupture récente de laquelle caillot et membrane font saillie. En dehors de cette rupture, bien plus près de l'extrémité fimbriaire, est une autre ouverture qui apparaît d'abord comme un orifice accessoire et que l'auteur considère, après examen plus serré, comme la rupture de 1889.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XXII. — T.-F. PREWITT. <i>Medical News</i>, 19 juin 1897, p. 831. Traduite in extenso dans <i>Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris</i>, t. II, p. 321, 1900. (Rapport cité de H. Varnier.) 26 ans; 3 enfants. Age du dernier (?).	Le 10 novembre 1895, perte de sang et douleurs après dépassé de 4 à 5 jours la période menstruelle. — 15 novembre, vive douleur dans le côté gauche du bassin, état copal. Prewitt diagnostique grossesse tubaire avec rupture du sac et préconise la laparotomie qui est repoussée. Mais une tumeur distincte avec grande sensibilité persista pendant des mois.
XXIII. — GOTTSCHALK. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XXXIX, H. 3, p. 545. 35 ans; 3 accouchements normaux, 2 avortements.	En novembre 1895, appelé en hâte pour perte et syncope après une aménorrhée de 7 semaines. Diagnostic : hémotocèle à droite; avortement tubaire droit. La suite 9 et assiste à la disparition graduelle de l'épanchement sanguin.

PÉRIODE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	Laparotomie par Prewitt le 22 janvier 1897, pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue. Dernières règles : novembre 1896. — Premiers accidents : écoulement sanguin sans douleurs, 14 janvier ; rupture, 21 janvier. Du volume d'un petit poing, la trompe gauche (enlevée avec l'ovaire prolapsé très adhérent) présentait à sa partie moyenne une large fente. L'extrémité frangée était hermétiquement close. La trompe paraissait formée de deux sacs séparés par une constriction légère : un portant la rupture, un plus grand à l'extrémité externe. Aucun fœtus ne fut trouvé, mais il ne fut pas fait de recherche soigneuse dans le sang épanché dans le ventre. Aucun renseignement sur les annexes droites. — Pas d'irrigation ni de drainage. Suture. L'examen histologique a montré dans un caillot sorti de la trompe pendant l'extraction des villosités chorionales nombreuses, quelques-unes brisées et simples ; les autres formant de petits groupes reliés par des parties de membranes ; quelques-unes macérées, d'autres intactes et en apparence normales avec vaisseaux montrant que l'embryon avait dépassé deux semaines.	
1/2.	Laparotomie (in extremis) le 6 juin 1898 pour rupture d'une grossesse tubaire <i>droite</i> et hémorrhagie intra-abdominale. La rupture siège sur la paroi postérieure de la trompe droite, vers la limite du 1/3 interne (volume d'une amande). — Ablation des annexes ; l'ovaire gauche contient le corps jaune. — Le méso-salpinx est épaissi d'une façon frappante et irrégulière, mais je n'ai trouvé aucune adhérence pas plus que de restes de la grossesse tubaire antérieure. Les annexes du côté opposé étaient tout à fait saines et furent laissées. — Suture après toilette.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XXIV. — BENNINGTON. A.-C. <i>British. Gynec. Journ.</i>, t. IX, p. 435, 1894. Traduite in extenso dans <i>Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris</i>, t. II, p. 310 à 312. (H. VARNIER. Rapport sur une observation de récurrence de grossesse ectopique). 28 ans; mariée depuis 5 ans. 1 enfant de 4 ans; à la suite, péritonite puerpérale. Il y a 2 ans, retard des règles accompagné de grandes douleurs; 10 jours de lit; morphine. « L'histoire de cette maladie suggère déjà l'idée d'une grossesse tubaire qui, dans ce premier cas, se serait rompue dans les replis du ligament large. »	Laparotomie le 7 mai 1892, par Bennington, pour grossesse tubaire gauche rompue. Dernières règles : 22 mars. Extirpation de la trompe gravide et de l'ovaire gauche. Drainage 4 jours. Guérison 19 jours.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
1/2.	Laparotomie le 9 novembre 1893 pour grossesse tubaire <i>droite</i> de 5 semaines, rompue. — Extirpation de la trompe gravide et de l'ovaire. — Drainage 30 heures. « J'ai appelé les pièces que je vous montre des produits de grossesse tubaire, dit l'auteur, non parce que l'examen microscopique me l'a montré, mais parce que cela ressort de l'histoire clinique. »	Guérison. N.-B. — Pour la Commission chargée de l'examen des pièces, le premier accident de 1890 a été probablement la rupture d'une grossesse tubaire <i>droite</i>. La laparotomie du 7 mai 1892 a bien été faite pour une grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue : on voit les débris de sac amniotique. Mais il n'y a pas eu de seconde grossesse avec rupture dans la trompe <i>droite</i>. « Nous sommes donc incapables, disent les rapporteurs, d'expliquer l'hémorrhagie qui a nécessité la 2^e intervention. »

DEUXIÈME PARTIE

Ayant accompli, sur l'autel de la critique, le sacrifice douloureux de 24 observations difficilement rassemblées, nous restons en présence de 65 cas que nous acceptons comme démonstratifs.

« Acceptons » demande une explication.

Parmi ces 65 cas il en est près de moitié (29) qu'une critique intransigeante serait en droit de récuser.

Nous les acceptons cependant parce que, s'il n'est pas documenté ferme, s'il se borne — soit pour les deux grossesses ectopiques, soit pour l'une d'entre elles — à une simple affirmation, le diagnostic a été cependant porté *de visu*, par l'auteur de l'observation, au cours de l'opération entreprise pour remédier à l'hémorrhagie intra-péritonéale dérivant de la lésion tubaire.

Cette acceptation en bloc risque, nous le savons, de permettre à quelque hématosalpinx non gravidique de se glisser parmi les grossesses tubaires aboutissant à l'avortement. Mais, d'après les données actuellement bien établies sur les relations de l'hématosalpinx et de l'ectopie tubaire, le nombre des « lanciers » ainsi introduits dans « les dragons » ne paraît pas devoir être considérable.

Pour les 36 derniers cas, le diagnostic, qu'il soit opératoire, anatomo-pathologique ou clinique, est *ferme*, c'est-à-dire que l'observation note expressément soit la vue d'un embryon, soit la reconnaissance histologique de villosités choriales à défaut

d'un embryon, soit enfin, à défaut des deux signes de certitude qui précèdent, la reconnaissance histologique d'une caduque utérine.

Voici résumées ces 29 + 36 observations.

I. — Diagnostic affirmé sans détails.

1 et 2. — J. VEIT dit avoir vu trois fois (voir plus loin, obs. 30) la récidive du côté opposé sur 12 cas de grossesse extra-utérine opérés. Deux fois il y eut terminaison par hématocele et une fois (obs. 30) par opération.

3. — TRAVERS. (PRAKERS, erreur du *Centr. f. Gyn.*, 1895, n° 19, p. 516 et suiv.) *Brit. Gyn. Journ.*, t. IX, p. 439.

Dans la discussion sur le cas de Bennington (1), Travers dit :

Qu'il a eu une patiente qui n'avait eu que deux grossesses à intervalle de 6 ans.

Chaque fois, après quelques mois, elle tomba brusquement dans le collapsus et présenta les symptômes de rupture d'une grossesse tubaire, d'abord du côté droit, puis du côté gauche.

Lors de la dernière, Travers envisagea sérieusement la question d'une intervention et décida de ne pas opérer, la patiente s'en étant très bien tirée la première fois sans opération. Le résultat justifia sa décision. Elle est maintenant tout à fait bien.

4, 5, 6, 7, 8. — O. KUSTNER. *Samml. Klin. Vorträge*, mai 1899, p. 1489.

J'ai jusqu'à présent observé, en tout, la grossesse extra-utérine récidivée (pour la deuxième fois) chez cinq femmes : deux fois à Dorpat, trois fois à Breslau.

Chez trois de ces cinq femmes on n'enleva, à la première opération, que l'hématocele et pas la trompe malade correspondante.

Chez la quatrième, la première grossesse extra-utérine ne fut pour ainsi dire pas traitée.

Dans le cinquième cas seulement, on la traita par l'excision de la trompe malade.

(1) Voyez plus haut obs. XXIV des cas suspects.

II. — Diagnostic opératoire (simple affirmation)

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
9. — WALTER (de Manchester). <i>Lancet</i>, août 1892. 29 ans; mariée 10 ans. 5 accouchements à terme, le dernier 4 ans.	Dernières règles en avril 1891. — Après une aménorrhée de deux mois durant laquelle il y eut signes de grossesse, douleurs pelviennes et séjour au lit (au mois de juin) de sang en juillet. — Entrée à l'hôpital le 7 août pour douleurs abdominales et pelviennes; utérus normal à gauche, dans le ligament large, contre l'utérus, mesure la grosseur d'une orange. Rien à droite. — Conseil de rupture; mais on ferme l'hôpital pour réparation, et la patiente retourne chez elle. — Revenue en décembre 1891, la menstruation est régularisée; mêmes signes physiques.
10. — GRANDIN. <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXX, p. 864; <i>Jahresb. de Frommel.</i>, t. VIII, p. 615. 28 ans; 1 accouchement antérieur, 5 ans.	En 1891, après un retard de 8 jours, écoulement sanguin et crises douloureuses répétées font diagnostiquer une grossesse tubaire droite, qui est traitée par la galvanisation. Plus tard, incision vaginale du kyste, apparemment dans le ligament large. Drainage. Guérison. — Après quelques semaines, accès de défaillance et nouvelle incision vaginale. Drainage. Guérison. — Un an après, abrasion de la muqueuse et suture d'une déchirure du col.
11. — WORALL (R.) (de Sydney). <i>Australian med. Gaz.</i>, t. XVI, n° 6 (pas à la Faculté). Analysé dans <i>Brit. Gyn. Journ.</i>, t. XIII, p. 287. Multipare.	Laparotomie le 5 janvier 1895 pour grossesse tubaire rompue (dernières règles : fin novembre; douleurs vagues le 1^{er} janvier). Drainage 24 heures, tube verre de distension notable de la trompe. Sur la face postérieure du ligament large, déchirure de la largeur d'une couronne obstruée par caillot sanguin.
12. — J. F. W. ROSS. <i>American Journal of Obst.</i>, t. XXXIII, p. 234, 1896. 24 ans; nullipare.	Le 20 mars 1891, après retard de 3 semaines, perte de 7 semaines; nouvelle perte le 9 juin, douleurs et courbure le 30 juin, entre à l'hôpital, où l'on trouve une masse de 30 centimètres à droite de l'utérus. — Opération le 6 juillet. — Guérison.

une des deux grossesses ectopiques alternées.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	Dernières règles en décembre 1891; pas de règles en janvier; perte le 17 février jusqu'au 21. Examen le 21 février. — On retrouve la tumeur à <i>gauche</i> , mais il y en a maintenant une autre à droite et en arrière de l'utérus normal. — Opération décidée pour le 26. — Le 25, pendant qu'on la prépare, brusquement, signes de rupture. — Laparotomie le 26; sang et caillots; les 2 trompes sont gravides, augmentées de volume, remplies de caillots et adhérentes. — Ablation de la trompe et de l'ovaire droits, puis de la trompe gauche. Irrigation et drainage.	Guérison.
s. (Avortement vrai-ment blable et rettage 2 s.)	Laparotomie 2 jours après avoir reconnu et incisé par le vagin une tumeur tubaire <i>gauche</i> accompagnée de fièvre. Sang liquide et caillots dans l'abdomen. — Grossesse tubaire gauche rompue. — Ablation des annexes gauches et droites, car pyo-salpinx à droite. — Drainage par le Douglas.	Guérison.
ois.	Laparotomie le 21 août 1895 pour avortement tubaire <i>gauche</i> (dernières règles : juillet; premier accès de douleurs et collapsus, 2 août; 17, <i>id.</i> ; 20, <i>id.</i>). — Pas d'autre description que ceci : la cause de l'hémorrhagie intra-péritonéale était la trompe gauche qui, quoique non rompue, était considérablement dilatée par une môle tubaire emprisonnée dans l'orifice abdominal.	Guérison.
s 1/2.	Ross la revoit en consultation le 10 octobre 1895, en plein collapsus, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne survenue le matin, après un retard de 2 semaines. — Laparotomie d'urgence. — Ventre rempli de sang. — Grossesse tubo-ovarienne gauche rompue. — Irrigation et drainage.	Guérison.

S.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
13. — LESTER E. FRANKENTHAL. <i>American. Gyn. a Obst. Journ.</i>, t. IX, n° 3, p. 297, septembre 1896. Age? Mariée à 21 ans; à 22 ans, avortement de 8 semaines; distance à la première grossesse ectopique non indiquée.	Laparotomie le 27 septembre 1893 pour grossesse tubaire gauche rompue tout près de l'utérus (dernières règles 1^{er} septembre 1893, avant l'époque ordinaire; durée 3 j. Première crise douloureuse, 26 septembre; ictus et collapsus le 27 au matin). Extirpation après ligature à la soie. — Trompe droite examinée présente les sinuosités de Frankenthal de sorte que Frankenthal prédit la possibilité d'une récidive. — Mickulicz et suture partielle. — Guérison.
14. — H.-J. BOLDT. <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXXVII, p. 754 (1). 33 ans.	Le 21 mars 1896, j'opérais par laparotomie M^{me} J..., mère du docteur Frank, pour une grossesse tubaire rompue. Je remarquai en même temps que la trompe du côté opéré était, autant que l'inspection permet de faire ce diagnostic, en état de salpingite catarrhale. N'y voyant pas de danger, je la laissai.
15. — KOBLANCK. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XXXVIII, H. 2, p. 307, 1898. (Au cours de la discussion sur la présentation de Kreisch.)	J'avais opéré en août 1897, pour grossesse extra-utérine avec enfant vivant (4 mois), une femme qui, au moment de l'opération, avait 33 ans.
16. — J. F. W. ROSS. <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXXVIII, p. 850. 26 ans; multipare. Dernier accouchement, 1 an 1/2. Nourrice.	Laparotomie pour avortement tubaire droit. (règles normales, mais perte de 4 semaines à la suite des dernières règles.) — Ablation de trompe et ovaire droits. Irrigation. Péritonite pendant la convalescence. — Pas d'examen macroscopique ni microscopique détaillés.

(1) Il y a erreur.

L'observation rapportée avec détails à la page indiquée n'a rien d'une récidive.

L'auteur, qui a opéré 73 cas de grossesse ectopique, dit seulement, au cours des considérations générales, qu'il n'est pas excusable de ne point citer un autre cas de cette forme déplorable de grossesse.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
mois.	Grossesse tubaire <i>droite</i> opérée par laparotomie 6 heures après les symptômes de rupture. — Ligature au catgut du pédicule. Pas de drainage. — Convalescence compliquée d'abcès pelvien dû à ligature de soie de la première opération. — Aucun autre détail.	Guérison.
mois.	Le 15 septembre 1897, j'eus l'occasion, par une seconde opération, de corroborer semblable diagnostic sur la même malade, devenue enceinte 15 mois après la première opération. Je fis une hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale, à cause de l'inutilité de l'utérus après l'enlèvement des annexes.	Après obstruction intestinale consécutive à l'opération. — Guérison.
quelques mois	eut de nouveau une rupture de grossesse tubaire. Malheureusement, l'opération fut faite trop tard et la femme mourut d'anémie.	Mort.
?	Laparotomie (septembre 1898) pour menace de rupture d'une grossesse tubaire <i>gauche</i> . — Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. — Pas d'examen macroscopique ni microscopique détaillés.	Guérison.
Il émet : Avant de donner mon avis sur l'intervention par la voie abdominale ou par la vaginale, je ne		

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
17. — J. THOMSON. <i>Monatschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. IX, p. 469, 1899. 30 ans; 3 accouchements normaux, le dernier 1 an.	Le 12 octobre 1897, laparotomie pour rupture de grossesse tubaire <i>droite</i> (il y a 2 semaines, retard de quelques jours depuis, perte et crises douloureuses; ictus la veille). Trompe 7 centim. longueur; 1 centim. normal à l'extrémité utérine, puis se dilate pour former en son milieu un kyste rompu sur 3 centim., du volume d'une noix. — La déhiscence est bouchée par caillots; tissu placentaire et membranes déchirés. — Adhère de l'extrémité abdominale. — Coloration jaune de 1 centim. dans l'ovaire. — Les annexes gauches paraissent saines à l'œil nu.
18. — DE STRAUCH. <i>Revue de gyn. et de chir. abdominale</i>, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 2). 26 ans; 1 avortement et 2 accouchements normaux, le dernier il y a 2 ans.	Laparotomie le 8 mars 1896 pour grossesse tubaire gauche rompue de 2 mois environ (dernières règles: janvier), volume d'une noix. L'œuf a été détruit par l'hémorrhagie. — Évidente adhérence des annexes gauches.
III. — Diagnostic opératoire ferme pour la première grossesse extra-utérine. 19. — OLSHAUSEN. <i>Deutsche medicin. Woch.</i>, 1890, n° 9, p. 174. 30 ans; 1 accouchement spontané 7 ans.	
Laparotomie par Olshausen, le 1^{er} novembre 1888, pour grossesse extra-utérine rompue sans collapsus depuis quelques jours, 2 ou 3 semaines environ avant le terme. Extraction de l'enfant vivant, 5 livres, libre dans le péritoine, placenta inséré sur le ligament large <i>droit</i>. On n'a pas touché l'ovaire droit (1). Annexes du côté gauche en place et parfaitement saines. Suture sans drainage. — Suites opératoires: 39°2 le 8^e jour, abcès de suture; fistule guérie 8 semaines après l'opération. (1) Perception des mouvements mi-juillet. Le 15 avril, métrorrhagie 8 jours; le 18 avril, expulsion d'une membrane blanchâtre de la largeur d'une paume de main; 7 mai, fièvre, douleurs excessives dans l'abdomen; 10 octobre, état douloureux forçant à prendre le lit.	

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
nois.	Le 24 janvier 1898, colpotomie postérieure pour avortement tubaire <i>gauche</i> incomplet (dernières règles en décembre). — Issue de beaucoup de sang. Extirpation de la trompe et de l'ovaire gauches. — Tamponnement pour arrêter l'hémorragie, enlevé le 6 ^e jour. — Guérie le 8 février. — La trompe enlevée mesure 8 à 9 centim.; elle est arquée; ses franges abdominales sont un peu épaissies. 1 centim. normal à l'extrémité utérine, puis se dilate pour former un sac du volume d'un œuf de poule non rompu et contenant un caillot sanguin de la grosseur d'un œuf de pigeon. — L'examen microscopique montre des cellules déciduales. — Corps jaune de 25 millim. de diamètre dans l'ovaire.	Guérison.
2 mois (avortement de 2 mois intermédiaire. Curetage. Septembre, 1896.)	Laparotomie le 7 avril 1897 pour avortement tubaire <i>droit</i> de 3 mois environ (dernières règles : 28 janvier). Hématocèle du volume du poing. — L'œuf détruit par l'hémorragie se trouve dans le tiers externe; il s'agit donc d'un avortement tubaire. — L'ovaire droit, entouré de pseudo membranes, est extirpé avec la trompe.	Guérison.
n ferme (affirmation) pour la deuxième.		
n et 16 j.	Le 17 novembre 1889, laparotomie d'urgence par Olshausen pour signes de rupture de grossesse ectopique (dernières règles : 29 septembre. 1 ^{ers} accidents, 16 novembre) — 1,700 grammes de sang extrait. Extirpation en masse de la trompe <i>gauche</i> épaissie et infiltrée de sang et de l'ovaire intimement accolé. — L'œuf siégeait dans le pavillon et s'en était détaché. On ne trouva rien des enveloppes ni du fœtus, même dans le sang enlevé, « mais on trouva une caduque dans le pavillon d'où l'œuf peut très bien être tombé en totalité dans la cavité abdominale. »	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
20. — DE STRAUCH. <i>Revue de gyn. et de chir. abdom.</i>, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 3). 26 ans ; 2 accouchements normaux, enfants vivants. 4 avortements, dont 1 provoqué, le dernier il y a deux ans.	Extirpation le 12 avril 1894 d'une grossesse tubaire droite 4 mois environ (volume d'un citron), rompue à sa tige antérieure et environnée de caillots anciens. — Dernières règles, 2 à 5 décembre 1893 ; 1^{re} crise syncopale le 5 février. — Expulsion d'une <i>caduque</i>, 18 février. — On ne peut retrouver du fœtus, mais on reconnaît très nettement les villosités du chorion. — Convalescence compliquée de pneumonie gauche. — Se lève au bout de 24 jours.
IV. — Diagnostic opératoire non ferme (affirmation)	
21. — C. BECK. <i>Americ. Journal of Obst.</i>, 1893, p. 570. 32 ans ; mariée à 20 ans. 6 enfants, le dernier 2 ans 1/2. (1) <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXVII, p. 894, 1893.	Laparotomie le 20 mars 1891 par Reed, de Cincinnati pour une grossesse tubaire gauche (dernières règles : janvier). — Extirpation de la trompe très augmentée de volume, largement déchirée au centre. — Bien que nous n'ayons pas retrouvé le fœtus, l'épaisseur de la caduque dans la trompe enlevée ne laisse pas de doute sur l'existence d'une grossesse tubaire.
22. — BROSIN. <i>Centr. f. Gynæk.</i>, 1896, n° 31, p. 807. 25 ans ; nullipare.	Opérée le 15 septembre 1894 (dernières règles : 8 juin ; hémorragie et douleurs depuis 27 juillet), pour avortement tubaire à droite ayant donné lieu à hémorragie à répétition. — On ne trouva pas de parties essentielles d'œuf, mais la marche clinique et les constatations anatomiques ne laissent aucun doute. La pièce conservée montre un morceau central de la trompe non dilatée de 2 centimètres de long, sinueux et à méandres prononcés sur la coupe.
23. — F.-A. PURCELL. <i>British Gyn. Journal</i>, t. XIII, p. 32, 1897. 26 ans ; 1 enfant 3 ans ; toujours bien réglée.	Laparotomie en 1896 pour avortement tubaire droit, 6 semaines après premiers symptômes rapportés à l'anneau droit. — Ablation de la trompe et de l'ovaire. — Guérison rapide.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ns (accou- chement pontané ntermé- liaire d'un gros enfant, e 15 juillet 1895).	Laparotomie le 19 mai 1897 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> de 1 mois 1/2 environ. — Dernières règles, 1 ^{er} avril; 1 ^{ers} accidents, 1 ^{er} mai, après léger retard. Avortement tubaire. — Extirpation de la trompe gauche avec l'ovaire; aucune adhérence. — Dans le voisinage de l'orifice abdominal, le volume de la trompe augmente subitement et atteint le volume d'une noix. De gros caillots font saillie par l'orifice abdominal dans la cavité abdominale.	Guérison.
pour la première, ferme pour la deuxième.		
ois.	Beck est appelé le 23 août pour obstruction intestinale de 4 jours, vomissements fécaloïdes. Les règles avaient manqué deux fois et la malade se croyait menacée d'une fausse couche. — Laparotomie pour l'occlusion. — Du même coup, Beck trouve du côté droit une trompe courte disparaissant dans une large tumeur bleuâtre, grossesse tubaire, d'où il tire par incision un fœtus de 3 mois environ et ses membranes. Vu les adhérences, le sac est laissé après suture.	Guérison. Réapparition des règles 5 semaines après.
mois.	Opérée (<i>sic</i>) une 2 ^e fois le 18 avril 1896 (dernières règles, 12 février; 1 ^{ers} accidents, 24 mars). Il ne restait conservé qu'un court morceau de la trompe <i>gauche</i> qui se perdait dans une tumeur du volume d'une tête d'enfant, adhérente de toutes parts et renfermant, au milieu de caillots sanguins vieux et récents, un œuf avec un fœtus frais de 4 centim. de long.	Guérison.
mois 1/2.	Laparotomie le 27 février 1897 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue. 1 ^{ers} symptômes 25 janvier; dernières règles, 1 ^{er} à 5 décembre. — Extirpation de la trompe gauche rompue dans son bord inférieur, tout près de l'utérus et de l'ovaire. — Pas de préparation histologique, mais on a vu le fœtus et on parle de photographie.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
24. — O. KOKMANN. <i>Centr. f. Gynæk.</i>, 1897, n° 40, p. 1221. 24 ans; mariée 7 ans. 1 avortement la première année.	Laparotomie le 20 octobre (dernières règles en juillet) grossesse tubaire <i>gauche</i> de la grosseur d'une pomme rompue. Caillots dedans et autour. — Le rapport anat. pathologique penche pour le diagnostic grossesse ectopique, mais pas avec certitude.
25. — CZEMPIN. <i>Zeitsch. für Geb. u. Gynæk.</i>, t. XXXVII, p. 338, 1897. 33 ans; nullipare. Mariée depuis 7 ans.	Grossesse tubaire <i>droite</i> rompue. Opérée le 7 mai 1896 Königl. Univers. Frauenklin., de Berlin. — Ablation trompe. — (Communication du médecin traitant.)
26. — R. B. HALL. <i>American Journal of Obst.</i>, t. XXXVI, p. 855, 1897. Présentation de pièces.	Laparotomie à Noël 1896, 24 jours après la rupture d'une grossesse tubaire <i>droite</i>. — Pas vu de fœtus. Les annexes <i>gauches</i>, examinées, étant sans désordres marqués, sauf quelques adhérences légères de l'ovaire à une portion de la trompe, sont laissées.
27. — KREISCH (assistant de Martin). <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XXXVIII, H. 2, p. 307. 29 ans; 1 accouchement antérieur normal (9 ans).	Opérée en février 1895 à Berlin, pour grossesse extra-utérine <i>droite</i>.
28. — DE STRAUCH. <i>Revue de gyn. et de chir. abdominale</i>, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 4). 27 ans; un accouchement avant, il y a 3 ans 1/2.	Laparotomie en avril 1896 par un collègue pour grossesse extra-utérine. Aucun détail. — Le médecin ne daigne répondre aux renseignements qui lui étaient demandés par lettre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
12 ans (2 ans après accouchement terme intermédiaire)	Laparotomie en juillet 1896 (dernières règles en juin) pour grossesse tubaire <i>droite</i> de la grosseur d'un petit poing, adhérente, renfermant un œuf de la 6 ^e semaine.	Morte 8 jours après de pneumonie lobulaire et de péritonite.
10 mois.	Laparotomie le 3 février 1897 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> de 4 mois environ (dernières règles : 7 novembre 1896), rompue pendant l'examen. Fœtus passé dans le ventre. — Quelques jours après, expulsion de la caduque.	Guérison. Sortie le 20 mars.
10 mois.	En avril 1897, laparotomie pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue près de son attache à l'utérus. — Irrigation et drainage. — Fœtus long de 3/4 de pouce trouvé dans le sang pelvien,	Guérison. (Obs. de 7 jours.)
12 mois 8 mois.	Laparotomie le 30 octobre 1897, chez Martin, pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue (dernières règles courant août; perd du sang depuis 6 semaines). — Le sac occupe la région ampullaire, renferme de gros caillots, un peu de placenta et une des membranes de l'œuf, dont une grande partie avec le fœtus fut trouvée dans la cavité abdominale. — (Il s'agit d'une présentation de pièces.)	Guérison.
10 mois.	Laparotomie le 12 mars 1898 pour grossesse extra-utérine <i>gauche</i> du volume d'un œuf de poule, rompue à sa partie postérieure. Extirpation, de la trompe et de l'ovaire. Extrémité abdominale de la trompe fermée. — Pas trace de fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
29. — E. PESTALOZZA. <i>Archivio italiano di ginecologia</i>, 31 oct 1900, p. 474 à 479. (Communication faite au Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie, à Naples, 20-22 octobre 1900, résumée par l'auteur.) 39 ans.	Vue en consultation par Pestalozza en mai 1894 ; il conclut le diagnostic de grossesse extra-utérine porté par son confrère. — Laparotomie ; ablation de la trompe gravide, avortement tubaire et hématoécèle. — Pestalozza a vu les pièces.
V. — Diagnostic opératoire ferme pour chacune	
30. — J. VEIT. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XVII, p. 335, 1889. ?	En janvier 1888, extirpation par Veit d'une trompe remplie de caillots et villosités.
31. — G. ERN. HERMANN. <i>British medic. Journ.</i>, t. II, p. 722, 1890. 31 ans ; 1 accouchement antérieur ; toujours régulièrement réglée, sans douleurs. (1) <i>The Lancet</i>, 2 juin 1888, p. 1069 (cas 1).	Laparotomie le 14 janvier 1887 pour grossesse tubaire rompue (1) avec hématoécèle ancienne ; petit fœtus de 3 mois. — Extirpation de la trompe droite. Irrigation avec eau froide. Après quelques élévations de température, guérison. — Sortie le 5 mars ; sortie le 25.

PÉRIODE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
	Se présente le 12 septembre 1900 à la clinique de Pestalozza, soupçonnant le retour de l'accident de 1894. Diagnostic : grossesse tubaire <i>droite</i> arrêtée dans son évolution par avortement tubaire. — Opération (laparotomie ?) qui ainsi que l'examen histologique confirme le diagnostic.	?

des deux grossesses ectopiques alternées.

is.	Extirpation de l'autre trompe avec caillots et villosités. Laparotomie le 17 mai 1890 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> non rompue de 3 mois environ diagnostiquée (dernières règles : février). — La trompe enlevée mesurait 2 pouces 1/2 de long et 1 pouce 1/2 à sa partie la plus large. A l'ouverture, fœtus long d'un tiers de pouce (1 mois environ ; arrêt de développement).	? Guérison.
-----	--	---------------------------

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
32. — CH. BOISLEUX in ROCQUET MARTIAL. <i>De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme</i>. Th. Paris, 1892, p. 45. 18 ans; mariée depuis le 23 décembre 1890. Nullipare. 33. — K. ABEL. <i>Archiv. f. Gynäk.</i>, t. XLIV, H. 1, p. 55, 1893. 29 ans; 1 accouchement à terme; 1 à 6 mois il y a 5 ans. 34. — F. B. HARRINGTON <i>Boston med. a. surg. Journal</i>, t. CXXX, p. 6, 1894. 32 ans; mariée depuis 3 ans. Nullipare.	Le 19 avril 1891, laparotomie pour grossesse tubaire (suppression des règles, 26 janvier; 1^{ers} accidents 10 février; rupture le jour même, 48 heures après un curettage échoué (!) — Extirpation de l'ovaire et de la trompe contenant tumeur de 8 centim. de long sur 4 de large, contenant un œuf intact, rompue à sa face postérieure sur une étendue de 2 centim. et perméable à son orifice abdominal. — Toilette et fermeture de l'abdomen. — Guérison. — Régles rétablies fin mai, 5 jours. — Villosités chorioniques du caillot tubaire. — Les annexes du côté gauche, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal. Laparotomie par Güsserow, à la Charité de Berlin, le 14 février (dernières règles, décembre), pour une grossesse tubaire de 12 centim. du volume d'un œuf d'oie; fœtus frais de 4 centim. — Guérie le 12 mars. Laparotomie le 15 mai 1891 pour grossesse tubaire (début des accidents: pertes, douleurs, collapsus, tonite, en janvier, après retard de 2 semaines). — Rupture de la trompe droite, renfermant beaucoup de sang. Trompe de 12 centim. renfermant au voisinage de l'œuf un œuf; dilatation de 8 centim. sur 9; surface hémisphérique d'adhérences. — Diagnostic: grossesse tubaire; mort probable du fœtus, 3 à 6 semaines; hémorrhagie sans rupture.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
is de 2 is (de la otomie à aroto- e).	Laparotomie le 17 juin pour grossesse extra-utérine diagnostiquée le 12, à la suite de crise douloureuse rappelant les douleurs de la première fois. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Je vais à la recherche de la tumeur et la sens battre dans le ligament large <i>gauche</i>. En vain j'essaie, à plusieurs reprises, de l'amener au dehors. Après toutes ces tentatives, la tumeur, très friable, finit par se rompre entre mes doigts, et je n'enlève que des débris parmi lesquels se trouve la trompe mutilée, l'ovaire et l'<i>embryon</i> dont j'ai constaté l'existence au microscope. — Drainage 9 jours. Guérison. — Se lève le 28 juin. — <i>Examen histologique</i> de la pièce : Il s'agit là non plus d'un hématome de la trompe, mais d'un hématome de l'ovaire. J'ai rencontré des villosités choriales très nettes. Il s'agit, comme vous le voyez, d'un œuf de quelques semaines à peine. Grossesse ovarienne. (??)	Guérison.
(rien à naler).	Laparotomie pour grossesse tubaire <i>droite</i> ampullaire de 2 mois environ (95 millim. sur 50) rompue ; fœtus sorti par la rupture. — Extirpation de la trompe et de l'ovaire droits. — Examen histologique positif.	Guérison.
	Laparotomie le 6 avril 1893 pour grossesse tubaire <i>gauche</i>, donnant lieu à pertes et douleurs depuis le 24 mars. Excision de l'ovaire et de la trompe gauches ; suture. — Trompe dilatée en forme de poire (8 centim. sur 4) dans sa portion terminale largement ouverte. — Dans un caillot venu probablement de l'intérieur du sac, on trouve au centre un sac fibreux mince contenant un embryon de 8 semaines environ (4 centim. 1/2 long). — Corps jaune dans l'ovaire.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
35.— C. R. SHOOFIELD. <i>Americ. Journ. of Obstet.</i>, t. XXXVII, p. 318. 29 ans. (1) <i>Lancet Clinic.</i>, 3 décembre 1892, t. XXIX.	Grossesse ectopique opérée par Shoofield le 29 juin 3 mois après le terme et la mort du fœtus (1).
36.— DUHRSEN. <i>Arch. für Gyn.</i>, t. LIV, p. 226 et 233 (observations I et II). Femme Web., 28 ans; 1 avortement 3 ans auparavant.	Cœliotomie vaginale le 9 février 1895 pour avortement tubaire droit incomplet; hématome péritubaire à la suite d'une grossesse isthmique de 5 semaines rompue au moment de l'examen. — Ablation des annexes droites et en même temps énucléation d'un gros myome de la paroi postérieure du corps utérin. — Les annexes du côté gauche sont normales. — Suture. — Sortie le 21 février. — Dérrière très bien. — On a reconnu des villosités et des cellules chorioniques.
37.— W. A. N. DORLAND. <i>American Journal of Obst.</i>, t. XXXVII, p. 487, 1898. 28 ans; mariée 7 ans. 4 enfants, le dernier 15 mois.	20 octobre 1890, laparotomie par Baer (poli-clinique) pour extirpation de la trompe gauche gravide rompue, contenant un petit embryon (âge?).
38.— O. FALK. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.</i>, t. XXXVIII, p. 270, 1898. 29 ans; 1 enfant 7 ans.	Laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue; fœtus 14 semaines (Schultze, d'Iéna). — Drainage du Douvein. — La Mikulicz. Les annexes gauches, examinées et reconnues malades (couennées, périmérite), sont cependant laissées.

PÉRIODE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
	Revue en mai 1896 (dernières règles, février) avec symptômes de péritonite généralisée et de septi-cémie consécutives à suppuration du sac d'une grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue de 3 mois environ. — Vu le fœtus et le placenta. — Colpotomie par le docteur Bonifield (12 mai), à the Good Samarit. Hosp.)	Mort 3 heures après. La trompe laissée était rompue et contenait une portion du placenta. Adhérences si fortes qu'il fut impossible d'extraire convenablement l'utérus et ses annexes pour les examiner. Pas d'histologie.
ois.	Coélotomie vaginale le 17 novembre 1896 pour avortement tubaire <i>gauche</i> incomplet ou môle tubaire consécutif à grossesse isthmique de 4 semaines (dernières règles, 15 septembre 1896 ; hémorrhagie depuis le 11 octobre). — Salpingec-tomie gauche. Résection d'un kyste de l'ovaire gauche et de ce qui reste de l'ovaire. Toilette. Suture. Sortie 28 novembre. — L'exploration du Douglas et des ligaments pendant l'opération a permis de constater l'absence de toute infiltration périmétrique. — L'examen histologique a montré des villosités chorales avec épithélium bien conservé. — Longue description et figures des coupes. Salpingite catarrhale chronique.	
s.	10 août 1892, laparotomie. Trompe droite non rompue, mais petit fragment de tissu placen-taire sortant de l'extrémité frangée (avortement tubaire). — L'opération achevée, nous trouvâmes le petit embryon entouré de liquide transparent dans le sac amniotique intact à l'intérieur de la trompe (âge ?).	Guérison.
s.	Laparotomie pour grossesse tubaire <i>gauche</i> du volume du poing, rompue. Fœtus non macéré de 13 à 14 semaines (Falk). Tamponnement du Douglas.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
39. — M. MURET. <i>Revue de gyn. et de chir. abdominale</i>, Paris, n° 2, 1898. 25 ans ; 1 enfant à terme, 2 ans.	Laparotomie le 24 mai 1895 pour grossesse tubaire rompue au 3^e mois. Fœtus de 8 centim. (dernières règles fin février ; crises douloureuses et syncopes, 17, 24 mai). — Ablation de la trompe et de l'ovaire de Toilette. Pas de drainage. — 28 mai, expulsion caduque. — Levée 7 juin. Réglée le 29. Les annexes gauches, examinées, ne présentant aucune lésion, sont laissées.
40. — W. ZANGEMEISTER. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XXXVIII, H. 3, p. 404, 1898. 23 ans ; nullipare. Aucun antécédent génital.	Laparotomie le 31 janvier 1893 pour grossesse tubaire rompue (dernières règles, fin octobre 1892 ; premiers symptômes de rupture, 14 jours). — Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Fœtus de 2 mois environ, 5 centim. de long, macéré ; et bras déchirés. — Fermeture de l'abdomen. — Sort guérie le 20 février.
41. — W. ZANGEMEISTER. (Cas n° 3.) 39 ans ; tertipare. Pas de passé pathologique ; toujours bien réglée.	Laparotomie le 11 août 1897 pour grossesse tubaire rompue (dernières règles, fin avril ; accidents remontant à 3 mois) du volume d'une tête de fœtus ; la trompe renferme un fœtus de 20 centim. de long. — Extirpation. Fermeture de l'abdomen. — Sort guérie le 31 août.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	Laparotomie d'urgence à domicile le 29 octobre 1895 pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue, apparemment depuis 3 jours. — Dans la trompe enlevée, petit fœtus fortement incurvé de 25 millim. du siège à la tête. — Expulsion d'une caduque 6 jours après.	Guérison.
12 après	Laparotomie le 21 juillet 1897 pour grossesse tubaire <i>droite</i> non rompue (dernières règles, environ 5 semaines; depuis 3 semaines, lit, douleurs à droite, gêne dans la miction; à droite de l'utérus, tumeur du volume d'une petite pomme). — La trompe a le volume d'un œuf d'oie; à sa surface, quelques vieux caillots; caillots dans le Douglas. A travers la mince paroi on voit le fœtus nager dans le liquide amniotique. — Pas d'autres détails. — Extirpation aisée. Toilette du Douglas. Fermeture de l'abdomen. — Sort guérie le 7 août.	Guérison.
ois après conception ouvelle, 6 maines).	Ramenée le 1 ^{er} février 1898 en état d'anémie aiguë, agonisante. — Laparotomie d'urgence après injection de 1,000 gr. de sérum artificiel. — Grossesse extra-utérine <i>droite</i> rompue; fœtus de 16 centim. encore vivant. Inondation péritonéale. — Extirpation de la trompe droite et de l'ovaire, qui renferme un corps jaune de 7 millim. et présente de profondes rides (périmétritiques?).	Mort 6 heures après. A l'autopsie, 2,000 gr. de sang dans le péritoine. Utérus du volume d'un petit poing. Adhérences péritonéales étroites avec les organes voisins. Déchirure non suturée du ligament large. Aucune autre altération pathologique.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
42. — A. A. LINDEBLOM. <i>Mittheil. aus d. gynäk. Klinik. zu Helsingfors</i>, t. II, H. 2 et 3, Berlin (2^e cas d'Engström). 35 ans; mariée à 22 ans. 5 enfants vivants à terme; suites normales. — Le dernier accouchement en décembre 1892; s'est levée le jour même. — En octobre 1894 soignée 2 mois pour douleurs iliaques droites. — Vue en 1895 à la polyclinique d'Engström pour rétroflexion, endométrite et oophorite droite. — Le 8 mai 1895, abrasion de la muqueuse et vagino-fixation à la Mackenrodt. Amélioration rapide.	Laparotomie le 3 mars 1896 pour grossesse tubaire rompue avec hématocele rétro-utérine (dernières règles 5 décembre 1895; première crise douloureuse, 22 décembre 24, nouvelle crise, syncope, transport au lit, périto — Ovario-salpingotomie gauche; la trompe gauche renferme une môle noire où l'on a trouvé des villosités jaunes dans l'ovaire gauche. — La trompe et l'ovaire droits sont environnés de solides adhérences qui semblent ne pouvoir être détruites sans violence. — Toilette soignée. Suture. — Sortie guérie le 17 mars. — Bien réglée depuis.
43. — ROBERT NICAUD. <i>Histoire mémorable de deux étranges accouchements d'une femme de Montluçon en Bourbonnais</i>. Paris, in-12, 1644. (reproduit in-extenso, dans le rapport écrit de M. Varnier p. 303, 40 ans; nullipare.	VI. — Diagnostic opératoire fœtal. Conçut pour la première fois au mois de mars 1639 juillet, mouvements de l'enfant. Attendait sa sortie à fin du mois de novembre. — N'étant point accouchée fin janvier, appelle Robert Nicaud qui diagnostique rétention du fœtus mort depuis longtemps dans son ventre. — Un abcès s'est formé à l'ombilic; fistule. — Le 16 avril 1640, le chirurgien fait l'abdomen à 4 doigts au-dessus de l'ombilic, à l'endroit où le crâne pressait le plus. En quelques jours, tous les os furent tirés par là. — Guérison.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
et 4 mois.	Le 9 juillet 1898, laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue avec hématocele rétro-utérine (dernières règles, fin mai ; 17 juin, hémorrhagie et douleurs ; 26 juin, crise douloureuse forçant à prendre le lit). — Ovaro-salpingotomie droite ; la trompe est épaissie dans toute sa longueur et rompue au voisinage de l'infundibulum ; elle renferme une môle noire où on trouve des villosités choriales. Corps jauno dans l'ovaire droit.	Guérison.
r les deux, sans localisation.	En mai 1642, devient de rechef enceinte. Faux travail au commencement de janvier 1643. — A la mi-août, l'appétit s'abat, les forces s'affaiblissent ; fièvre lente, évacuations purulentes par l'ombilic. — En septembre, ouverture du ventre en l'hypocondre gauche où il semblait qu'un tas d'os mal assemblés pressait davantage. Extraction de tous les os.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
44. — JACQUES NOIER ou mieux MANIALDUS STEPH. in JAC. PRIMMEROSII. D. M. <i>De mulierum morbis et symptomatis</i>, liv. IV, p. 316. Roterodami, 1655, in-4°. (Traduite in extenso dans <i>Comptes rendus de la Société d'obst., gyn. et péd. de Paris</i>, t. II, p. 301.) 30 ans ; 7 grossesses antérieures, la dernière double.	Première grossesse anormale (extra-utérine) en mars 1885, terme, faux travail, mort et rétention du fœtus.
45. — G. EKEHORN, d'après l'analyse de LÉOPOLD MEYER, dans <i>Jahresbericht de Frommel</i>, t. IX, p. 585 et 596. (L'original serait dans <i>Hygiea</i>, t. LVII, n° 4, p. 376-385.) Mariée 10 ans ; 1 enfant mort et 4 vivants. (1) <i>Hygiea</i>, 1887.	En 1885-86, grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme ; faux travail ; rétention du fœtus mort. Extraction d'os par le vagin et de pus par l'ombilic — Incision et extraction par Wallmark (1) d'un fœtus décomposé. On ne trouve pas de placenta. — La fistule ne se ferme qu'en mai 1887.
46. — CHAPOT-PRÉVOST, 1900. <i>Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et péd. de Paris</i>, t. II, p. 296, 7 décembre 1900. Rapport de H. VARNIER. Mariée 1 an ; 2 avortements (sans détails).	En 1894-95, grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme (?) ; 23 mars 1895, faux travail suivi de mort et rétention du fœtus. Extraction par laparotomie, le 15 mars 1895, d'une fille de 1.640 grammes, placenta 150 grammes. Suites normales.

PÉRIODE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
après.	Neuvième grossesse qui eut le sort de la précédente. Début en mai 1594. Au 8^e mois, faux travail ; consécutivement, abcès abdominal qui perce en juin 1595. — 2 août, issue d'un os. — Jacques Noier, appelé, élargit l'ouverture par une incision et, à l'aide de pinces, retire os à os le fœtus tout entier. Restait la tumeur de <i>gauche</i> renfermant le produit de la dernière conception. — Le 20 août, gastrotomie en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Bordeaux ; incision sur la partie proéminente de la tumeur à l'endroit correspondant à la tête, puis le fœtus est extrait membre à membre et la plaie réunie par 5 points de suture.	Guérison.
s.	D'octobre 1891 à août 1892, grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à terme ; faux travail ; rétention du fœtus mort. — Pendant l'été de 1893, après choc du ventre contre une chaise, réouverture de la fistule. Incision du sac par la paroi abdominale antérieure. Extraction d'un fœtus putréfié. « L'auteur regrette que la nécessité de terminer hâtivement l'accouchement n'ait pas permis un examen complet. Il pense que le diagnostic : grossesse tubo-utérine récidivée, a pour soi la plus grande vraisemblance. »	Guérison.
et 1 mois.	Dernières règles en mars ou avril 1896. Grossesse évoluant normalement jusqu'au 7 novembre, où après faux travail, les mouvements du fœtus cessent d'être perçus. Laparotomie le 13 décembre et extraction d'un garçon de 1,320 grammes, bien conservé dans un kyste contenant du liquide ressemblant à du café. Placenta de 558 grammes, inséré sur l'ovaire et la trompe <i>droite</i>.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
47. — MACKENRODT. <i>Centr. f. Gynaek.</i>, 1892, n° 7, p. 123, et <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.</i>, t. XXXIII, p. 301, 1892. 32 ans; mariée depuis 7 ans, 2 accouchements normaux les 3 premières années; 1 avortement et plus rien; date (?). 48. — GALABIN. <i>Brit. medic. Journ.</i>, 18 octobre 1892, p. 732. 29 ans; mariée depuis 10 ans. 5 grossesses; 1^{re}, 4^e et 5^e, accouchement à terme; 2^e, avortement; 3^e, accouchement prématuré. Dernier accouchement il y a 4 ans. Bien réglée. 49. — H. T. BYFORD. <i>Americ. Journ. of Obst.</i>, t. XXVIII, p. 269, 1893. 42 ans; mariée depuis 25 ans. 2 enfants; le dernier 12 ans.	En mai 1890, les règles ne viennent pas; en juin, hémorrhagies irrégulières et violentes douleurs dans le côté droit. Fièvre jusqu'à 40°. Le médecin diagnostique grossesse extra-utérine droite; la patiente refusa de se laisser opérer. Guérison lente. Ne put quitter le lit qu'en août. — Atteinte de péritonite chronique empêchant tout travail. — Depuis octobre 1890, menstruation régulière. Dernières règles en avril 1891; en juin, obligée de garder le lit pour douleurs abdominales, surtout pendant défécation. Fin juillet, réapparition de l'écoulement sanguin. — Coeliotomie le 7 août, à côté d'utérus normal un peu moins mobile et à gauche, dans le ligament large, d'une masse grosse comme une orange. — Laparotomie décidée puis réopérée pour diverses causes. — Menstruation régulière depuis fin juillet. Il y a 7 ans (1885), retard de 6 semaines, puis, le 23 octobre, hémorrhagie et douleurs à plusieurs reprises. Au lit jusqu'en fin décembre. — Un médecin prescrivit l'ergot qui lui rendit quelque chose par l'utérus.

PÉRIODE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	En septembre 1891, les règles ne viennent pas. — A la fin d'octobre, après arrêt des règles de 8 semaines, hémorragies irrégulières, douleurs à gauche, fièvre jusqu'à 40°,5. Bref, même tableau qu'en 1890. Diagnostic <i>id.</i> — Laparotomie par Mackenrodt, qui extirpe successivement : 1° la trompe gauche gravidique qui se rompit pendant l'opération, grossesse reconnue macroscopiquement et au microscope ; 2° un kyste abdominal limité par les anses intestinales adhérentes et en communication avec un rudiment de trompe droite ; dans la cavité se voient, libres ou adhérents, des petits os fœtaux. On ne retrouve pas l'ovaire. — Extirpation de la trompe.	Guérison.
is.	Laparotomie le 26 février 1892 (dernières règles, fin décembre 1891) pour symptômes de rupture survenus le 25, d'une grossesse tubaire droite. — Hémorragie intra-péritonale. A gauche, trompe gravidique du volume d'une mandarine, présentant près de son extrémité externe close une déchirure récente obstruée par des caillots. A la section on y trouve un œuf apoplectique dont la cavité amniotique est occupée par un embryon de 6 centim. de long. Décollement des adhérences. Excision des annexes. A droite, trompe distendue par du sang, non rompue et close à son extrémité abdominale. A la section on y trouve une môle tubaire avec cavité amniotique, mais sans embryon. — L'examen histologique, fait par Bland Sutton, y montre des villosités choriales.	Guérison.
s.	Il y a 5 ans, même maladie et hémato-cèle. Soignée constamment depuis pour maladie des annexes. — Il y a 3 mois, attaque de pelvi-péritonite avec grosseur dans le Douglas. Ponction du Douglas, issue de 5 onces environ de sang. — Laparotomie. Utérus et annexes adhérents entre eux et à l'intestin. Hémato-salpinx à droite, hydro-salpinx à gauche. — A droite et à gauche, un sac renfermant chacun un fœtus momifié. — Drainage 30 heures.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
50. — TOIVO FORSSTRÖM. <i>Finska Läkarsällskapets Handlingar</i>, t. XXXVIII, n° 9, p. 739-50, 1896 et <i>Mittheilungen aus der gyn. Klinik des Pr. O. Engströms in Helsingfors</i>, t. I, H. 1, p. 135. Berlin, S. Karger, 1898. 32 ans ; 1 enfant 10 ans ; suites normales. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. 51. — J. M. DUFF. d'après l'analyse de LÉOPOLD MEYER, dans <i>Jahresbericht de Frommel</i>, t. IX, p. 585, 1896 et <i>l'Americ. Gyn. and Obst. Journal</i>, t. VI, p. 515. L'original serait dans <i>Cincinnati Lancet clinic</i>, 29 décembre 1894. (N'existe pas à la bibliothèque.) Nullipare. Mariée depuis 5 ans.	En 1894, aménorrhée de 6 ou 7 semaines, puis perte de semaines accompagnée de douleurs violentes dans la iliaque gauche ; 3 semaines de lit. — Quelques mois après rétablissement des règles sans douleur. Des signes de grossesse s'étant montrés après 5 ans de stérilité, une tumeur existant au voisinage des annexes gauche, une grossesse extra-utérine est diagnostiquée à 2 mois environ et l'opération refusée. Douleurs et collapsus surviennent. Expectation. — La tumeur diminue.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
s.	Laparotomie le 30 juin 1896 pour grossesse tubaire <i>droite</i> rompue (dernières règles, mi-avril; 1 ^{ers} phénomènes, perte, douleurs, le 6 juin). — Salpingotomie droite et ovaro-salpingotomie gauche. — La trompe droite, contournée, augmentée de volume dans toute sa longueur, forme au niveau de l'ampoule une cavité de 3 centim. de diamètre renfermant un caillot noir en partie adhérent où on trouve au microscope des villosités choriales. — La trompe gauche, épaissie et un peu tortueuse, renferme dans sa portion ampullaire fermée et adhérente un squelette fœtal.	Guérison.
ois (5 mois près avor- ment in- rcalaire de semaines).	Laparotomie (10 semaines après suspension des règles) pour grossesse tubaire <i>droite</i> sur le point de se rompre; petit fœtus renfermé dans ses membranes. — On trouve à gauche un sac fœtal attaché à la trompe et renfermant du tissu placentaire.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
52. — A. MARTIN. <i>Zeitschr. f. Geb. u. Gyn</i>, t. XXXVII, p. 144. <i>Soc. Obst. et. Gynéc.</i>, Berlin, 12 mars 1897. 25 ans ; 1 accouchement antérieur il y a 4 ans.	Aurait eu vers le mois de septembre 1896 une grossesse tubaire droite n'ayant donné lieu à aucun symptôme (?)
53. — J.-H. FERGUSON. <i>Edimb. Med. Journ.</i>, fév. 1899. 29 ans ; 2 accouchements. 1^{er} à terme, épaule, mai 1891 ; 2^e prématuré, à 7 mois, 2 ans auparavant (février 1892).	Les règles, régulières, manquent en janvier 1894 ; à 4 mois d'aménorrhée, brusquement, violente douleur ventre à droite et hémorrhagie utérine. Se trouve fort pendant plusieurs semaines (cataplasmes, etc.), puis rétablit.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	Laparotomie le 25 février 1897 par Martin, pour grossesse extra-utérine diagnostiquée (menstruation suspendue depuis fin décembre ; pertes irrégulières et douleurs depuis quelques semaines). — Sang vieux dans le ventre. — Dans la trompe droite, dont l'ostium et l'isthme sont normaux, tumeur du volume d'une prune (sans autres détails). — Dans l'ampoule de la trompe gauche, œuf de 2 mois environ en place, entouré de sang, faisant saillie par l'ostium. — Extraction de la trompe et de l'ovaire gauches. — Comme l'ovaire droit est normal, Martin extrait de la trompe droite les débris d'œuf, suture la brèche et remet en place les annexes droites restaurées.	Guérison. « L'examen des deux œufs permet de reconnaître que celui du côté droit s'est développé le premier, vraisemblablement il y a 6 mois (sans symptômes). La trompe gauche est vraisemblablement devenue gravide après Noël 1896 ; c'est elle (avortement tubaire) qui a causé l'hémorrhagie intra-péritonéale ».
s.	Le 19 avril 1898, laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue de 3 mois environ (dernières règles, janvier), diagnostiquée le 11 avril, au cours d'un examen provoqué par rétention d'urine et suivi de l'expulsion d'un fragment de caduque type. — Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches et d'une tumeur du côté droit reliée par un mince pédicule à la trompe droite développée en hydro-salpinx. Le contenu de ladite tumeur était un lithopédion de 4 mois. — Extirpation des annexes droites, l'ovaire étant kystique.	Guérison.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ois.	Le 28 octobre, après aménorrhée de 2 mois et signes de grossesse : brusquement, douleurs abdominales, surtout à <i>gauche</i>; 7 syncopes; hémorragie utérine suivie d'expulsion de membranes le 30. — Toucher : à gauche, près de l'utérus, tumeur du volume d'un œuf de poule. — Laparotomie le 22 novembre et double salpingo-oophorectomie. Rupture d'un kyste fœtal tubaire <i>gauche</i> de 3 cent. sur 2 cent. 1/2 à 2 cent. 1/2 de l'extrémité frangée. Pas d'embryon, mais villosités. Corps jaune dans l'ovaire gauche. Trompe droite également rompue (grossesse de mai), à 15 millim. de son extrémité utérine; en ce point, caillot plus épais et plus ferme qu'à gauche. Il y a un pavillon accessoire; l'extrémité abdominale est perméable. On trouve les caractères d'un œuf en voie de résorption. Ni dans une trompe ni dans l'autre il n'y a de signes de salpingite.	Guérison.
mois.	Laparotomie le 5 mai 1898, la femme n'ayant plus de poulx, pour grossesse tubaire <i>gauche</i> rompue à la fin du 2^e mois (dernières règles, commencement de mars; rupture le 5 mai). — Ablation du sac fœtal tubaire gauche, du volume d'un œuf de poule (portion ampullaire), adhérent, rompu, et de l'œuf, de 3 cent. de long (translucide, où l'on voit le fœtus nageant dans l'amnios), qui est tombé dans le ventre avec le sang. Corps jaune récent dans l'ovaire gauche qui, tout à fait sain, est laissé. En enlevant la trompe droite, partout adhérente, et qui porte un renflement gros comme un œuf de poule dans sa région ampullaire, on en voit sortir, par l'ostium abdominal déchiré, un fœtus momifié de 3 cent. de long, sur lequel on peut reconnaître aisément la tête et les extrémités. — Suture. — Au bout de 4 jours, ictère sans décoloration des matières fécales. — Sort guérie au bout de 4 semaines.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
56. — H. C. Cœ. <i>Americ. Journal of Obst.</i>, t. XXVII, p. 855, 1893. (Traduction in extenso dans <i>Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris</i>, t. II, p. 312 à 317, 2 fig.) 41 ans; mariée depuis 22 ans. 2 enfants, le dernier 18 ans. 1 avortement entre les deux.	VIII. — Diagnostic opératoire ferme des 6 ans après la naissance du dernier enfant (il y a 12 ans) manque 2 périodes menstruelles; se croit menacée de fausse couche (douleurs et perte). Les médecins appelés à cette époque disent avoir trouvé, par l'examen bimanuel, une tumeur à droite de l'utérus jugé vide. Pelvi-péritonite 5 mois après leur disparition, les règles reviennent. Nouveau examen. La tumeur juxta-utérine persiste à droite, grosse comme une orange elle reste froide et telle quelle 10 ans. — Les 2 années après, règles régulières mais très douloureuses. Alors, d'après le dire de la patiente, elle ma- encore plusieurs périodes, et durant ce temps, elle eu- symptômes de grossesse et une autre attaque de péritonite. Fut examinée par plusieurs médecins de Philadelphie de diagnostic positif. — Depuis, santé excellente et m- truation régulière, sauf dysménorrhée.
57. — LAWSON TAIT. <i>Brit. medic. Journal</i>, 1888, t. I, p. 1001 et 1002. 25 ans. (1) <i>British medic. Journal</i>, 19 décembre 1885.	IX. — Diagnostic opératoire ferme pour la prem Laparotomie par L. Tait, le 11 mai 1885, pour rupture de trompe droite gravide d'environ 3 mois; placenta et fœtus en partie engagés dans l'ouverture. — Extirpation de la trompe droite. — Guérison rapide (1).

SERVALLÉ	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
	me trompe) à l'opération de la deuxième.	
os.	Laparotomie par Cœ, le 7 décembre 1892 (dernières règles, 1^{er} septembre), pour kyste dermoïde supposé. Vu l'excellence de l'état général, Cœ ne crut pas à une grossesse extra-utérine rompue le 4 novembre (diagnostic du médecin traitant). — A l'ouverture du ventre, épiploon et intestin adhérents. Sang fluide et vieux caillots. Derrière le ligament large <i>droit</i> : 1° un sac non rompu du volume d'une orange, entièrement rempli d'os fœtaux ; 2° un fœtus vivant entre 3 et 4 mois, (9 centim. du coccyx au vertex) flottant au milieu du sang fluide et coagulé, rattaché par son cordon à un second sac situé au-dessous du premier. — Extirpation de la trompe et de l'ovaire gauches adhérents et de la masse annexielle droite. — Irrigation, tamponnement, drainage. — Examen des pièces par Withridge Williams. Rapport détaillé. — Le vieux sac est celui d'une grossesse extra-utérine remontant à 12 ans et ayant évolué jusqu'au 3^e mois. — La seconde période d'aménorrhée, 2 ans après la 1^{re}, avec retour des mêmes symptômes, spécialement ceux de grossesse, est difficile à expliquer. Il semble incroyable qu'il y ait eu 3 grossesses ectopiques du même côté, comme quelqu'un en a suggéré l'hypothèse. Mais si deux sont possibles, pourquoi pas trois ? La seconde peut avoir été un avortement tubaire sans hémorrhagie profuse.	Guérison.
	omo-pathologique ferme pour la deuxième.	
s 9 mois ecouche- ent nor- l à terme t méré- aire, 15 ois après opération).	Le 9 mars 1888, morte en 4 heures de rupture de grossesse extra-utérine de 4 mois (observation et autopsie du docteur Withcombe).	Morte non opérée. Examen des pièces par L. Tait. Grossesse tubaire interstitielle <i>gauche</i> rompue. La cavité dans laquelle se trouve le fœtus est séparée de la cavité utérine par une épaisse cloison de tissu utérin. La trompe gauche s'ouvre dans cette cavité. La rupture siège à la partie supérieure et postérieure de la corne gauche de l'utérus.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
X. — Diagnostic anatomo-pathologique. 58. — VARNIER et MANGIN. <i>Journal de médecine</i>, t. LXV, p. 29, 1785. (Reprise in extenso dans <i>Comptes rendus de la Société d'obst., gyn. et péd. de Paris</i>, t. II, p. 305. — H. VARNIER. Rapport sur une observation de récidence de grossesse ectopique.) Multipare ; 12 enfants. 59. — OULMONT. Thèse d'agrégation de MOREAU, Paris, 1853, p. 110 : <i>Des grossesses extra-utérines</i>. 31 ans ; nullipare. 60. — F. WINCKEL. <i>Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Gyn.</i>, 1888, t. II, p. 82, et <i>Lehrbuch der Geburtshilfe</i>. — Leipzig, 1889. (Fig. 57 et 61, p. 263 et 270.)	
	Parut devenir enceinte à 42 ans et les signes de la grossesse développèrent ensuite, sans accident, jusqu'à la fin du 9^e mois. — Faux travail. — Diagnostic : enfant hors voies naturelles. — Abstention. — Guérison. Aucun renseignement. En 1885, arrêt par injection de morphine d'une gro- tubaire droite.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
rmé pour les deux (autopsie).		
18 mois.	18 mois après l'époque où aurait dû arriver le premier accouchement, elle sentit de nouveau des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; perte de plusieurs jours. — Aucune suite. — Ventre reste gros. — Santé parfaite jusqu'à 75 ans.	Morte à 75 ans. — A l'autopsie : lithopédion flottant à l'hypogastre, adhérent aux intestins. Garçon à terme, 5 livres 1/2. — A gauche de l'utérus, corps de la grosseur d'un œuf de poule contenant un fœtus de 2 mois environ dont il ne restait que les os (cause des douleurs et de la perte survenues 18 mois après les premières.) — Les trompes, les ovaires étaient dans l'état naturel.
Dernières années.	Dernières règles : janvier. — Fin mars, douleurs hypogastriques et perte légère, caillots ; un médecin aurait cru à fausse couche. — Entrée et morte à la Salpêtrière le 7 avril.	A l'autopsie, 36 heures après la mort, on trouva que la mort avait été produite par la rupture d'un kyste du volume d'une petite orange (7 cent. sur 6) avec une ouverture de 1 franc, placé dans le pavillon de la trompe droite et contenant un fœtus de 3 mois (6 cent. de long). Une seconde tumeur close existant à l'extrémité de la trompe gauche, sur le pavillon, et plus petite que celle du côté droit (volume d'un œuf), contenait un petit fœtus reconnaissable aux extrémités inférieures très apparentes, à un membre thoracique, celui du côté gauche, et au cordon ombilical naissant de la partie inférieure de l'abdomen ; ce deuxième fœtus était acéphale, long de 4 cent. Le placenta, situé au côté extérieur de la tumeur, est réuni au fœtus par un petit filament. — M. Oulmont l'attribua à une conception datant de plusieurs années auparavant.
En 1887.	En 1887, arrêt par injection de morphine d'une grossesse tubaire gauche de 4 mois. — Caduque expulsée au 3 ^e mois.	Morte d'hématémèse en mai 1887. — A gauche, grossesse tubaire de 4 mois.
	Longueur du fœtus, 17 cent. 1/2 ; longueur jusqu'à l'ombilic, 11 cent. Diamètre du crâne, 5 ; 3,3 ; 2,8 ; 4 1/2 ; 5 1/2. Circonférence, 13,3. Longueur de l'utérus, 10 cent. — Dans la trompe droite, os fœtaux.	

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
	XI. — Diagnostic opératoire ferme pour 61. — LEOPOLD MEYER. Laparotomie le 10 décembre 1887 pour grossesse tubo-aminale <i>gauche</i> rompue; fœtus de 5 mois. — Extirpation annexes gauches. — Guérison. ? 62. — HENRI VARNIER. Le 3 octobre 1899, laparotomie pour grossesse tubaire droite ampullaire rompue. (Dernières règles, 7 à 13 août. — 1^{re} c. douloureuse 1^{er} septembre. Crise syncopale, 14 septembre. Ecoulement noir le 24. Expulsion d'une caduque le 25. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Villosité double revêtement. — Annexes gauches trouvées normales et laissées. Drainage. Guérison après infection légère long du trajet du drain et poussée de pelvi-péritonéale plastique. Menstruation rétablie le 20 novembre. 1^{er} accouchement, 1893, prématuré, enfant macéré. — 2^e accouchement, 1894, à terme, enfant vivant. Suites normales. — 3^e avortement, automne 1898

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
première, clinique ferme pour la deuxième		
mois.	Au commencement de septembre 1888, elle ressentit des douleurs abdominales qui reparurent le 6 septembre et furent suivies d'écoulement sanguin par le vagin. — La trompe <i>droite</i> parut à l'examen saine et suivie d'une tumeur de la grosseur d'une noix. — 2 jours après l'examen, brusquement, collapsus, douleurs violentes, mais aucun signe d'hémorrhagie interne. — Environ 1 mois après, le 25 octobre 1888, de nouveau écoulement sanguin par le vagin; dans la nuit suivante, Leopold Meyer est appelé; tous les signes d'une hémorrhagie interne. — L'état s'améliore peu à peu; il se forma une grosse hématocele qui peu à peu se résorba. — 3 jours après l'ictus, expulsion d'une membrane qui, tant au point de vue macroscopique que microscopique, offrait tous les caractères d'une <i>caduque</i> de grossesse. — L'auteur croit, en conséquence, à une grossesse extra-utérine du côté droit.	Guérison.
mois.	Le 5 mai 1900, après retard de quelques jours (dernières règles 29 mars au 4 avril), crise douloureuse à <i>gauche</i> ayant les « mêmes caractères que celle de l'automne dernier ». — Nouvelle crise le 6 mai. — Fièvre. Pelvi-péritonite. — 9 mai, écoulement de sang noir. — Nouvelle crise, tranchées. — 12 mai, expulsion d'une <i>caduque</i>. — Amélioration rapide. Fin de l'écoulement sanguin le 16 mai. — Réapparition des règles le 5 juin. Levée et sortie le 15 juin.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XII. — Diagnostic opératoire ferme pour la première, clinique 63. — R. FROMMEL. <i>Deutsche medicin. Wochenschr.</i>, 1890, n° 23, p. 494. 33 ans; 1 accouchement antérieur, 10 ans. Rétroflexion post-partum. (1) <i>Aerztliches Intelligenz-Blatt. Münchener medic. Wochenschr.</i>, 31^e année, 19 février 1884,	
XIII. — Diagnostic clinique 64. — GABRIEL KING. <i>Medical Essays and observations, published by a Society in Edinburgh</i>, vol. V, 1^{re} partie, p. 362, 3^e édit.; Edinburg, 1747. Multipare.	

Le 29 octobre 1883 (1), laparotomie pour grossesse tubaire droite intra-ligamentaire de 4 mois, environ 10 jours après la mort du fœtus; suture du sac putréfié à l'angle inférieur de la plaie et incision; extraction du fœtus macéré; drainage par le vagin et la plaie; délivrance par fragments 3 semaines. — Extraction du drain après 4 semaines. Guérison.

Annexes gauches normales. — Sort au bout de 6 semaines avec plaie granuleuse en cratère de la largeur d'une pièce de 5 mar-

En 1726, se croit de nouveau enceinte. Mais le terme passe sans que se montrassent les douleurs du travail. Les sages-femmes de la contrée conclurent qu'elle n'avait pas d'enfant. Le ventre diminua. — Quoique restée malade, elle peut reprendre ses occupations.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
------------	------------------------------	---------------------------

ferme pour la deuxième. (localisation de la deuxième douteuse).

ans.	Après retard de 8 semaines (1887), revenant de chez son médecin, signes de rupture ; collapsus. — Le lendemain, expulsion d'une <i>caduque</i> examinée histologiquement ; le médecin, qui avait examiné la malade 10 minutes avant l'ictus, trouve ce jour une tumeur rénitente, élastique, de formation récente, remplissant le bassin et refoulant l'utérus en avant et en haut. — 4 semaines après, nouveaux symptômes d'hémorrhagie interne et augmentation de la tumeur. Peu après, Frommel constate hématocèle rétro-utérine. — Guérison lente. — Dans ce cas, il n'y a aucun doute, dit-il, qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire récente <i>gauche</i>, « car la trompe droite avait été détruite par la grossesse précédente. »	Guérison.
------	---	-----------

ferme pour les deux.

ans.	Nouvelle grossesse. A la fin du 8^e mois, douleur extraordinaire dans la paroi antérieure du ventre. Ouverture d'un abcès à l'ombilic ; apparition d'un coude d'enfant, auto-extraction et section d'un bras entier. — Après quelques jours, un laquais du voisinage, sa connaissance, extrait le reste du corps de l'enfant, à terme, dernier conçu. — King la voit 3 semaines après ; plaie presque fermée. A une petite distance à gauche, il sentit de petits os sous son doigt qui semblaient contenus dans une poche mince. La malade lui montra quelques os macérés de fœtus rendus partie par le fondement et partie avec l'urine ; elle en rendait tous les jours (1^{er} fœtus, dissocié ou désagrégé pendant les 6 ans qu'il demeura dans le ventre). — Guérison. — Survie de 7 ans avec énorme éventration.	Guérison.
------	--	-----------

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
65. — GALIAY, <i>Journal des connaissances médico-chirurgicales</i>, Paris 1836-1837, 4^e année, t. II, p. 243. — Reprise in extenso, comme la précédente, dans <i>Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris</i>, t. II, p. 307. — H. VARNIER. Rapport sur une observation de récurrence de grossesse ectopique. Jeune femme d'une santé parfaite, récemment mariée.	En 1829, peu de temps après son mariage, grossesse qui à terme ; faux travail. — Après un temps assez long que ne puis déterminer, accidents péritonéaux et expulsion par l'anus d'un os suivi successivement de tous les autres d'un fœtus de 9 mois. — Guérison parfaite.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
ans.	En 1834, nouvelle grossesse ; mouvements fœtaux constatés par le médecin. Cependant les organes gestateurs, explorés, parurent neutres. Cessation des mouvements fœtaux peu après le 5^e mois. — A peu de temps de là, fragments de fœtus rendus par le fondement comme la 1^{re} fois.	Guérison.

TROISIÈME PARTIE

I. — Historique.

Essayons, à l'aide des 65 observations qui précèdent, d'esquisser l'étude de la récurrence de la grossesse ectopique.

L'historique sera bref, le sujet, au point de vue synthétique, ayant été peu fréquenté.

L'observation d'Abuleasis, partout citée comme princeps, étant éliminée (1), l'honneur d'ouvrir la marche revient, par ordre d'observation, à Étienne Maniaud Stephanus Manialdus), médecin de Bordeaux (1591), et par ordre de publication à Robert Nicaud, de Montluçon en Bourbonnais (1644).

Bien que, suivant les idées courantes de leur temps, ils rapportent leurs observations comme des rétentions du fœtus mort dans la matrice, il n'est pas douteux qu'il s'agisse de rétention de fœtus ectopins. Ils ont donc les premiers vu la récurrence.

Ce n'est qu'avec l'Irlandais (Gabriel King (1726) que les deux enfants sortis l'un « par une ouverture de l'abdomen », l'autre « avec les selles », sont considérés comme « extra-utérins ». Et il faut arriver à 1836-1837 pour voir employer

(1) Si PUECH et SCHÜHL étaient remontés à la source, ils se fussent aperçus tout comme nous que s'il y avait dans cette observation les éléments d'une grossesse ectopique suivie de rétention du fœtus mort et d'expulsion d'os fœtaux par une fistule ombilicale, rien, que l'affirmation du début, ne permet de l'accepter comme observation de grossesse ectopique récidivée.

par Galiay le terme de « récidive » de la grossesse extra-utérine « sur la même femme ».

En 1879 paraît le premier mémoire sur la question : celui de Puech, sur la répétition de la grossesse extra-utérine, dans la *Gazette obstétricale*, n° 21.

Schuhl y revient en passant dans sa thèse de Nancy (1883), omettant 2 des cas rapportés par Puech (Jacques Noier et F. Brown), et ajoutant aux 6 autres l'observation de « Nicolas Robert », qui n'est autre que celle de Robert Nicaud.

En 1891, Léopold Meyer, à propos d'un cas personnel, mentionne les cas d'Olshausen, J. Veit, Tait, plus « 7 nouveaux cas », dont il ne donne pas l'indication dans son résumé du *Jahresbericht*, t. II, p. 118.

En 1892, Boisieux, à propos d'un cas observé par lui, inspire la thèse de Martial Rocquet : « De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme. Diagnostic et traitement. »

Cette thèse, qui précède d'un an le premier travail allemand sur la question (celui d'Abel), reproduit in extenso le mémoire de Puech, le complète par quelques détails des observations de Varnier et Mangin et d'Oulmont que Puech n'avait fait que résumer, et y ajoute quelques indications nouvelles, savoir : une note très vague sur le cas de Winckel, sur celui de Siegenbeck van Heukelom, l'observation de Lawson Tait, celles de Kletzsch, de Veit, d'Olshausen, de Frommel et enfin de Boisieux. En tout 16 observations, dont 8 nouvelles.

Après quoi l'auteur abandonne son sujet pour traiter du diagnostic et du traitement de la grossesse ectopique en général.

L'année d'après (1893), K. Abel, à propos d'une observation personnelle, apporte à son tour un relevé de 9 observations (Winckel, Siegenbeck von Heukelom, Lawson Tait, Veit,

Olshausen, Frommel, G. E. Hermann (2 cas), Léopold Meyer). Il fait suivre ce relevé de réflexions ayant plus spécialement trait à l'étiologie et à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement de la récidue.

Puis vient, en 1897, toujours à propos d'une observation personnelle, l'étude de Toivo Forsström : « *Wiederholte Tubenschwangerschaft bei derselben Frau* » qui, aux 10 cas d'Abel, ajoute 9 cas nouveaux, savoir : Klettsch, Beck, Byford, Mc. Kelway, Bloom, Harrington, Bennington, Ross, Engström et aborde, en quelques lignes, la question de prophylaxie.

L'année suivante, dans le *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, W. Zangemeister apporte 3 observations personnelles, rappelle les 8 cas de Puech, les 10 d'Abel, les 9 de Forsström et y ajoute : Cœ, Prewitt, Kokman, Lester E. Frankenthal, Czempin, Dührssen (2), en tout 37 cas.

La même année, A. A. Lindeblom, à propos du deuxième cas d'Engström, porte de 19 à 30 le relevé antérieurement établi par Toivo Forsström.

J. Weil, qui confond manifestement la grossesse extra-utérine double et la grossesse récidivée, essaie, en 1899, de faire le départ des cas probants et des non probants. Sa bibliographie et ses analyses de seconde main le conduisent à un relevé très exact de 52 cas, y compris le sien ; quelques-uns même n'existent pas, ainsi que nous l'avons montré par la suite. De tous les mémoires précédemment cités, c'est là, sans aucun doute, le plus mal documenté.

Dans la séance du 5 octobre 1900, de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, M. Varnier apporte « une observation de récidue de grossesse ectopique et le résumé des recherches qu'il a faites *jusqu'à ce jour* sur ce sujet peu fréquenté ».

« La récidue de la grossesse extra-utérine, dont je tiens,

dit-il, de vous rapporter un exemple, a été jusqu'ici peu étudiée. A. Puech (1879), Schuhl (1883), lui ont consacré de courts articles. K. Abel (1893) et Toivo Forsström (1897), à propos d'un cas personnel, ont relevé les cas semblables venus à leur connaissance.

« Aux 8 observations réunies par Puech et reprises par Schuhl, aux 10 cas relevés par K. Abel, aux 9 recueillis par Toivo Forsström, j'ai pu à ce jour joindre 42 observations nouvelles. C'est donc un total de 69 récides de grossesse ectopique.

« De ces 69 cas, 10 seulement sont antérieurs à la poussée qu'a subie l'étude de la grossesse tubaire à la suite de la publication des leçons de Lawson Tait « sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne » (1888).

« Quelques cas (6) sont insuffisamment rapportés ou douteux. C'est donc en définitive 63 cas bien authentiques. »

Ce chiffre a peu varié depuis ; il atteint aujourd'hui 65, le reste ayant dû, comme nous l'avons montré, être éliminé comme scories.

M. Varnier terminait sa communication en demandant à ses collègues, ayant opéré des séries déjà longues de grossesses extra-utérines, s'ils avaient observé la récide et dans quelle proportion. Nous retrouverons plus loin, en étudiant la question fréquence, les intéressants documents évoqués par cette première communication.

A la séance suivante (novembre) M. Pinard présentait, au nom de M. Chapot-Prévost, une observation inédite de récide de grossesse ectopique. Renvoyée à M. Varnier, cette observation fut rapportée par lui dans la séance du 7 décembre 1900. Dans ce rapport, notre maître insistait sur la physionomie spéciale de la récide observée par M. Chapot-Prévost, rapprochait de cette observation celles de Jacques Noier, de

Robert Nieaud, de Gabriel King, de Galiay, de F. Brown et de G. Ekehorn dont il donnait le texte ou la traduction *in extenso*, et abordait l'étude de deux points controversés : *a*) la possibilité de la succession de 3 grossesses extra-utérines chez la même femme, et *b*, de la récédive dans la même trompe.

A la suite de ce rapport, MM. Legueu, Bouilly et Schwartz abordaient la discussion de l'étiologie et du traitement prophylactique de la récédive.

Entre temps, et postérieurement à la communication de M. Varnier à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, le professeur Pestalozza, de Florence, présentait au Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie tenu à Naples du 20 au 22 octobre 1900, une note intitulée : *Sulla Gravidanza extra-uterina ripe-tuta*. Le résumé, fait par Pestalozza lui-même, se trouve dans le n° 5, t. III, des *Archivio italiano di ginecologia*, 31 octobre 1900, p. 474.

Après avoir exposé deux cas personnels, dont un douteux, Pestalozza dit avoir, soit par l'adjonction de cas anciens passés inaperçus, soit par celle des cas récents, rassemblé, à l'heure actuelle, plus d'une centaine de cas, c'est-à-dire le double de ce que donnaient les statistiques antérieures. Malheureusement Pestalozza ne donne ni le détail ni les indications de ces 108 cas.

Nous avons de fortes raisons de croire que lorsqu'il aura passé ces 108 cas au crible qui nous a servi pour nos 96, il sera moins riche qu'il ne le croit.

II. — Fréquence.

« La récédive de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on se l'imaginait jusqu'à présent » (Varnier).

En 1879, Puech, s'appuyant sur ses 8 observations rencontrées en dépouillant 180 cas de guérison ou de tolérance prolongée, d'où la proportion 1 sur 22, disait : « Il est évident qu'une femme guérie d'une grossesse extra-utérine est exposée, dans une certaine mesure, à un accident de même ordre ; et il est non moins évident que le médecin, soigneux de sa réputation, devra prévenir les personnes intéressées de la possibilité de cette éventualité. »

Schuhl, en 1883, après avoir rapporté 6 des cas précédents auxquels il ajoute le cas de « Nicolas Robert », appuie et dit : « Le nombre des observations de ce genre, relativement considérable si on le compare à celui des grossesses extra-utérines anciennes, semble indiquer que les femmes qui ont eu une première grossesse extra-utérine sont prédisposées à avoir des grossesses postérieures de même nature.

« Nous trouvons 7 cas de grossesse extra-utérine survenue après la production d'une grossesse de même nature. Nous verrons plus loin que nous avons pu réunir 83 cas de grossesses intra-utérines pendant la durée de la rétention de kystes fœtaux extra-utérins et 1 après l'expulsion de l'ectopin.

« En somme, nous trouvons 84 grossesses développées dans la cavité utérine, 7 grossesses développées en dehors de cette cavité, soit : 1 grossesse extra-utérine sur 12 intra-utérines.

« Les faits semblent donc indiquer que les grossesses extra-utérines s'observent plus fréquemment chez les femmes qui ont déjà eu une grossesse extra-utérine que chez celles qui n'ont eu que des grossesses normales. »

« Si je m'en rapporte à mon relevé, disait M. Varnier dans la séance du 6 octobre de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, les conclusions de Schuhl doivent être appuyées.

« J'ai, en effet, d'une part, 63 cas de récidence de grossesse extra-utérine ; d'autre part, mon élève et ami Funck, qui récemment a collectionné les observations de « grossesse utérine survenant après la grossesse extra-utérine » n'a pu en réunir que 127 depuis les temps les plus reculés jusqu'en 1898.

« Ce n'est donc plus 1 grossesse extra-utérine pour 12 utérines, mais bien 1 grossesse extra-utérine pour 2 grossesses utérines qu'il faudrait escompter.

« Veit a vu mieux encore dans sa pratique personnelle : en 1889, sur 12 cas de grossesses extra-utérines opérées par lui et rapportées à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, il dit avoir noté trois fois la récidence extra-utérine du côté opposé pour 1 seule grossesse utérine.

« Tenons-nous-en au chiffre précédent : 1 pour 2. Cette fréquence est faite pour inquiéter.

« Néanmoins il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici d'une fréquence *bibliographique*. C'est pourquoi je désirerais savoir de ceux de nos collègues qui ont opéré des séries déjà longues de grossesses extra-utérines, s'ils ont observé la récidence et dans quelle proportion ? »

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce côté de la question.

La fréquence bibliographique, calculée en prenant pour base de comparaison non plus les 127 femmes de la thèse de Funck, mais mieux leurs 188 grossesses utérines postérieures à la grossesse ectopique, serait non plus 1 sur 2, mais 1 sur près de 3.

Pestalozza donne sans détails la statistique suivante :

« Il résulte de la comparaison de quelques statistiques plus détaillées, que 177 femmes, opérées pour grossesse extra-utérine, ont eu 17 grossesses consécutives, soit 10 pour 100. Mais de ces 17 grossesses, 4 étant extra-utérines, on peut dire

que pour la femme une fois opérée, la répétition de la grossesse extra-utérine est à la grossesse normale comme 1 est à 4. »

Le chiffre de 1 sur 3, moyenne des précédents, paraît donc mériter considération. D'autant plus que nous l'avons établi après élimination, pour insuffisance de détails, de près de 1/3 des observations rapportées comme exemples de récurrence.

Or il est très certain que parmi ces observations insuffisamment documentées, il en est beaucoup qui sont véritablement des récidives.

Olshausen le remarquait déjà en 1890. « Pour mon compte, écrivait-il, j'ai vu plusieurs observations où le doute n'était guère possible : *ces cas*, où la rupture survint dans les premiers mois, *ne sont probants que pour l'observateur.* » Et Frommel, la même année, disait partager la manière de voir d'Olshausen et être convaincu, avec Puech et contrairement à l'avis de Küstner, qu'il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine.

A côté de ces documents statistiques bibliographiques, il est curieux de consulter, au point de vue de la fréquence de la récurrence, les chirurgiens sur leurs statistiques personnelles.

Nous avons déjà vu que Veit, sur 12 opérations, accuse 3 récidives ectopiques et 1 intra-utérine. C'est notre proportion renversée : 1 intra-utérine pour 3 ectopiques. Cela sent la série et ne peut nous satisfaire.

Les 3 cas de Langemeister ont été recueillis en moins d'une demi-année.

De Strauch a observé ses 5 cas sur 92 opérations de grossesse extra-utérine.

« Et cependant, ajoute-t-il, on a publié de tous côtés des séries très grandes d'opérations sans mentionner de cas de ce genre. Je citerai par exemple les travaux de Martin, de Waston, de Fehling, de Bouilly, de Mandl et de Schmidt. »

A la question posée par M. Varnier, M. Bouilly a répondu : « Je n'ai pas eu l'occasion d'observer la récurrence de la grossesse ectopique sur une série déjà nombreuse de cas opérés (environ 80) (1). Par contre, 5 de mes opérées ont eu ultérieurement une grossesse utérine. »

M. Leguen, à la même question, a répondu : « Je n'ai personnellement observé aucune récurrence de grossesse extra-utérine sur les malades que j'ai opérés. » (Malheureusement il n'en donne pas le chiffre.)

Schwartz dit avoir opéré environ 40 grossesses extra-utérines et n'avoir jamais vu de récurrence. Une de ses opérées est devenue enceinte et a accouché à terme.

M. Varnier, revenant sur ce sujet dans la séance du 7 décembre, disait : « En exposant devant vous la question : fréquence de la récurrence de la grossesse ectopique, je me proposais de faire sortir des cartons où je les supposais dormantes, les observations françaises dont la rareté, au cours de mes recherches, m'était apparue trop grande pour être vraie. »

« Sur plus de 80 cas, cités comme tels, que j'ai rassemblés jusqu'à ce jour, il n'en est en effet que 6 qui soient dus à des compatriotes. Encore est-il que 5 d'entre eux sont de 1853,

(1) Depuis la séance du 7 décembre, M. Bouilly a observé cette récurrence sur une de ses anciennes opérées (communication orale de M. Lecène à M. Varnier).

1837, 1785, 1655 et 1644, c'est-à-dire bien antérieures à l'ère chirurgicale qui a mis à jour, à l'étranger, le plus grand nombre des observations en question.

« La seule relation française de mon relevé, postérieure à 1888, est signée Boisieux; elle date d'avril et juin 1891.

« Puisque ni Terrier, ni Pozzi, ni Richelot, ni Segond, ni Nelaton, ni Quénu, ni Delbet, ni Hartmann, ni Routier n'ont à ce propos donné signe de vie, j'en conclus, sauf avis contraire, qu'ils n'ont pas observé la récurrence de la grossesse ectopique. »

Seuls MM. Pozzi et Routier en ont appelé de cette conclusion et ont signalé chacun une observation personnelle dans la séance du 14 janvier. M. Pozzi n'a pas précisé sur combien de cas opérés et pour combien de récurrences utérines.

M. Routier a observé son cas de récurrence sur 16 opérées. 3 d'entre elles ont eu ultérieurement une grossesse utérine.

Les 2 observations de Dührssen, que rapporte notre statistique, sont tirées d'un relevé personnel comprenant 36 femmes opérées pour grossesses extra-utérines par cœliotomie, colpotomie postérieure, cœliotomie vaginale, castration vaginale totale (3).

Il signale en même temps, comme grossesses utérines survenues après la grossesse extra-utérine, 2 observations du même groupe.

Soit 2 extra-utérines pour 2 intra-utérines, sur 36 opérées.

A propos du 2^e cas d'Engström, Lindeblom écrit (1898) : « Comme tous les états pathologiques paraissant rares, les cas de récurrence de grossesse extra-utérine sont irrégulièrement répartis dans le temps et les statistiques des différents gynécologues. Quelques-uns, avec une grande pratique des maladies des annexes, semblent ne l'avoir jamais rencontrée, tandis

que d'autres, avec une pratique moins étendue, en ont vu un ou deux.

« A la Clinique gynécologique du professeur O. Engström, on a opéré 45 cas de grossesse extra-utérine jusqu'à la fin de novembre 1898.

« Le cas de récidive publié par Toivo Forsström était le 24^e; le second fut observé pour la 1^{re} fois par Engström avec le n° 18 et pour la 2^e avec le n° 40. »

La conclusion à tirer pour le moment des chiffres qui précèdent, est que la récidive ectopique doit être une de nos grosses préoccupations et que, dans le pronostic à longue portée que nous sommes appelés à porter à l'occasion d'une grossesse extra-utérine, il faut, contrairement à ce qu'on se croyait autorisé à faire jusqu'à présent, réserver une place importante à la récidive. Car il y a tendance manifeste à la répétition de la grossesse extra-utérine.

III. — **Physionomie de la récidive.**

La récidive de la grossesse ectopique a lieu habituellement dans la trompe du côté opposé.

Sur les 89 observations que nous avons discutées, la récidive dans la même trompe n'est notée qu'une fois, par M. C. Cœ.

Nous rejetons, avec M. Varnier, comme insuffisamment étayés à ce point de vue, les cas de N. P. Haydon (XIX), de W. Taylor (XXI), de T. Prewitt (XXII), de Gottschalk (XXIII), d'Alban Doran (XX), Nous reviendrons plus loin sur cette récidive possible au même point et sur les conclusions qu'on en peut tirer.

Dans les 43 cas (sur 65) de récidive alternée où le côté

occupé par la première grossesse ectopique est noté il y a 16 débuts à gauche et 27 à droite.

Le temps qui s'est écoulé entre la première et la deuxième grossesse ectopique est indiqué pour 56 observations. La plupart du temps, cette indication a trait au temps écoulé entre l'intervention chirurgicale qui a mis fin à la première grossesse ectopique et celle qui clôt la seconde. Mais on peut, dans quelques cas, préciser davantage. C'est ainsi, par exemple, que dans l'observation de Zangemeister (41) les premiers signes de la récurrence sont notés *six semaines* après la première intervention chirurgicale.

Le relevé des intervalles donne les chiffres suivants :

Sur 56 cas :	moins de 2 mois..	1	de 2 à 3 ans inclus.	8
	de 3 à 12 mois..	18	3 à 5 ans.....	7
	12 à 18 mois..	7	5 à 6 ans.....	4
	18 à 24 mois..	10	12 ans (Cœ).....	1

Dans 6 cas seulement sur nos 65, on a observé entre la première grossesse ectopique et la récurrence une grossesse utérine.

3 fois seulement — de Strauch (20), Kokmann (24), Lawson Tait (57), — cette grossesse utérine intercalaire a évolué jusqu'à terme.

Dans les 3 autres cas — Grandin (10), de Strauch (18), Duff (51) — il y aurait eu avortement, sur lequel les détails manquent ; 2 fois sur ces 3 un curettage fut pratiqué.

Il semble y avoir quelque tendance de la part de la récurrence ectopique à évoluer suivant le même type que la première grossesse par erreur de lieu.

Dans son rapport sur l'observation de M. Chapot Prévost, M. Varnier a mis ce point en relief : « J'insiste, dit-il, sur la

physionomie de la récidive dans le cas soumis à notre examen. Voici deux grossesses extra-utérines qui évoluent coup sur coup comme des grossesses normales, sans phénomènes de compression pelvienne, sans crises douloureuses, sans hémorrhagies, sans réaction péritonéale ; et cela jusqu'à une période avancée (peut-être même jusqu'à terme dans le premier cas). Le faux travail et la rétention du fœtus mort mettent seuls sur la voie du diagnostic.

« Déjà étonnante pour un cas isolé, cette marche est tout à fait digne de retenir l'attention lorsqu'elle se reproduit deux fois de suite chez la même femme.

« Or, Messieurs, le fait de M. Chapot-Prévost n'est pas unique.

« En laissant de côté, comme sujet à caution pour des raisons qui vous apparaîtront concluantes à la lecture de l'observation, le cas partout cité (mal à propos) « d'Albucasis », j'ai dans mes notes, et vous trouverez aux pièces justificatives de ce rapport, six observations semblables ou très analogues, savoir :

L'observation dite de Jacques Noier.	1591-1595.
— de Robert Nicaud.	1644.
— de Gabriel King..	1742.
— de Galiay.	1837.
— de F. Brown. . . .	1850.
— de G. Ekehorn. . .	1896.

« Je ne trouve dans mes notes que deux observations où, la première grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme, la récidive a revêtu une physionomie différente.

« L'une est l'observation de Varnier et Mangin (1785). L'autre appartient à Ols'hausen et présente une physionomie un peu spéciale qui me dispense de la rapporter ici.

« Je n'ai, par contre, aucun cas où, la première grossesse ectopique s'étant terminée par la rupture ou l'avortement tubaire dans le cours des premiers mois, la seconde ait évolué jusqu'à terme et se soit terminée par la rétention du fœtus mort.

« C'est là un fait digne de remarque. Je le signale à votre attention, ne me croyant pas autorisé à en tirer la conclusion qu'il est des femmes chez qui l'état anatomique ou le mode de fonctionnement de l'appareil tubo-ovarien prédisposent non seulement à la récurrence de la grossesse ectopique, mais encore à la récurrence de la même variété de grossesse ectopique. »

Une autre question a été abordée dans ce même rapport par M. Varnier. Il s'est demandé si, après une double grossesse ectopique, une femme peut être considérée comme à l'abri d'une troisième grossesse extra-utérine et s'il y a des observations de trois grossesses extra-utérines chez la même femme.

Orthmann, collaborateur de Martin, a bien parlé d'une observation de ce genre. Mais Küstner, à qui il l'attribuait, a protesté en mai 1899 que « c'est là une erreur de laquelle ni son travail ni celui de Schrenk ne peuvent être rendus responsables ».

Et il ajoute : « On n'a jamais observé chez la même personne qu'une deuxième grossesse extra-utérine ».

« Après avoir examiné de très près, dit M. Varnier, les observations de Bennington et de H. C. Cœ, qui passent pour démonstratives de cette variété, j'opine dans le sens de Küstner, et je constate qu'on n'a pas encore rapporté d'exemple d'une troisième grossesse extra-utérine chez la même personne.

« Mais il serait téméraire d'ajouter qu'il est peu probable que cet exemple se produise. »

La conception de Frommel apparaît en effet actuellement un peu simpliste. Appelé en 1890 à observer une récurrence de grossesse ectopique, il disait : « Il n'y avait aucun doute que cette grossesse extra-utérine récente était développée dans la cavité de la trompe gauche, car la *trompe droite avait été détruite par la grossesse précédente.* »

Il apparaît aujourd'hui, à la lumière de l'observation de Cœ (56), que la récurrence dans la même trompe est chose possible non seulement dans les cas où la trompe s'est débarrassée de l'œuf ectopique par un simple avortement tubaire, mais même après rupture, même après obstruction d'une partie du trajet tubaire par un œuf momifié sur place.

Il suit de là, comme l'indique M. Varnier, que « la trompe du côté opposé est laissée libre de recevoir à son tour au moins une nouvelle série ».

De tout ce que nous avons vu jusqu'à présent ressort cette conclusion que « il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine dans la trompe non encore atteinte ».

Nous en arrivons à nous demander comme Küstner : « Quelle est la *condition analogue* qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes ? » Ce sera l'objet du chapitre suivant.

IV. — Étiologie.

Presque tous les auteurs qui ont eu à s'occuper de la récurrence de la grossesse ectopique ont senti l'importance que pourraient avoir, pour l'étude des causes, très obscures encore, de la grossesse ectopique, des observations de ce genre... si elles étaient bien prises (Falk, Zangemeister, Weil, etc.).

On est en effet porté tout naturellement à penser que les

deux trompes, successivement atteintes, présentent une prédisposition congénitale ou acquise identique que pourrait peut-être dépister un examen soigneux des annexes non gravides fait au cours de la laparotomie commandée par la première grossesse ectopique.

Malheureusement, comme le remarque déjà Zangemeister, et comme on peut s'en rendre compte ici, quand on examine les observations, on voit que la plupart sont si incomplètes ou si écourtées qu'il est impossible de les utiliser.

Voyons cependant, avec M. Varnier, qui se propose de reprendre ce sujet au Congrès de Nantes (septembre 1901), ce qu'il est actuellement possible d'en tirer à ce point de vue.

Une première constatation doit nous arrêter.

Sur 51 cas où les antécédents sont expressément notés, 11 concernent des nullipares, 40 des multipares.

Voilà donc d'abord onze femmes (obs. de Travers, Ross, Brosin, Czempin, Boisleux, Harrington, Zangemeister, Robert Nicaud, Duff, Oulmont, Galiay) (1) pour qui l'appareil génital a, du premier coup, fonctionné d'une façon anormale. Appelé à fonctionner une seconde fois il a, dans dix cas, récidivé de la même façon anormale. Une seule fois (obs. de Duff) il est dit qu'il y eut « un avortement intercalaire de neuf semaines », sans plus de détails.

Pour deux de ces femmes, c'est après cinq ans et sept ans de mariage stérile que tout à coup, en un an, les deux trompes deviennent successivement gravides. Zangemeister précise que sa cliente n'avait « aucun antécédent génital ».

C'est pour les cas de ce genre que l'hypothèse de W. A.

(1) Obs. 3, 12, 22, 25, 32, 34, 40, 43, 51, 59, 65.

Freund : « arrêt de développement bilatéral des deux trompes gênant la progression de l'œuf fécondé vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, » paraissait devoir fournir une explication satisfaisante.

Or sur les 7 cas de ce groupe où il y eut double laparotomie, une seule fois on a noté, au cours de la première, l'état des annexes du côté non gravide, du côté qui plus tard devait être le siège de la récurrence.

C'est dans le cas de Boisieux (obs. 32) qui dit : « Les annexes du côté gauche, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal. »

Brosin (22), qui n'a pas examiné l'état des annexes opposées lors de la première laparotomie mais qui au moins a étudié après coup les pièces d'une des deux grossesses, dit :

« Il n'est pas probable que dans ce cas la deuxième grossesse tubaire ait été causée par les modifications qu'entraîna la première opération. Au moins ne voyait-on aucune trace d'adhérence à la cicatrice pariétale ni dans la moitié droite du bassin. »

« La première trompe enlevée et conservée montre un hémato-salpinx ; un morceau de trompe non dilaté, de 2 centim. et demi de long, situé entre le sac et le pédicule, montre, à la coupe, des méandres anormaux de son canal. La cause *congénitale* des deux grossesses extra-utérines pourrait être cherchée dans cette disposition anormale de la lumière tubaire qui, il est vrai, ne peut qu'être soupçonnée pour le bout central de l'autre trompe ».

C'est tout.

On le voit, la récolte n'est pas abondante.

Mais il est certain qu'il y a là une mine inexploitée à poursuivre. Les observateurs, les opérateurs doivent, pour l'avenir, se persuader de l'utilité de l'examen attentif, au

point de vue étiologique, des annexes du côté opposé, du côté sain, chaque fois qu'ils auront à pratiquer une laparotomie pour une grossesse extra-utérine ouvrant la scène obstétricale.

Les cas de récurrence, sans grossesse utérine intermédiaire, observés chez les femmes dont l'appareil génital a déjà hébergé une ou plusieurs grossesses utérines, éveillent l'idée d'un autre ordre de causes.

Il y a lieu de supposer qu'à la suite d'une des grossesses utérines antérieures il s'est produit quelque modification bilatérale *acquise*, d'ordre anatomique ou fonctionnel, rendant apte à l'ectopie un appareil qui jusque-là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu.

Et l'on pense tout naturellement à des *altérations inflammatoires puerpérales péri ou endosalpingiennes* gênant la progression de l'œuf.

Il est regrettable que les annexes du côté opposé n'aient pas été plus souvent examinées lors de la première laparotomie, c'est-à-dire avant que soient intervenues les altérations liées à l'évolution de la deuxième grossesse tubaire, ou même celles qu'ont pu produire les suites opératoires de la première.

Cet examen n'a été fait que six fois.

Dans deux cas il est dit nettement que, lors de la première laparotomie, les annexes étaient *malades*.

C'est ainsi que dans le cas de Falk (Ipare de 29 ans, sans antécédents pathologiques notés; premier accouchement sept ans auparavant; opérée d'une grossesse tubaire droite de 14 semaines rompue, suivie trois ans après du même accident à gauche) (obs. 38), l'auteur fait remarquer :

1° Que, lors de la première laparotomie (pratiquée par

Schultze), le décollement des adhérences de la trompe gravide fut particulièrement difficile et que les annexes de l'autre côté, qui furent laissées, sont signalées comme « gisant dans une sorte de couenne. »

2^o Que sur la préparation recueillie au cours de la deuxième laparotomie on put nettement reconnaître les restes de vieilles membranes et de brides péritonéales.

« On sait, ajoute Falk, le rôle attribué à ces inflammations et adhérences périmétriques dans le développement de la grossesse tubaire par Virchow, Spiegelberg, Schröder, Martin, Scanzoni et plus récemment par J. C. Webster et von Rump.

« Cette explication semble convenir à mon cas. »

L'observation rapportée par Lindeblom (42) est des plus importantes à cause du soin avec lequel les antécédents y ont été notés.

Agée de 35 ans, mariée à 22, la femme observée par Lindeblom a d'abord 5 enfants à terme, le dernier quatre ans avant la première grossesse ectopique suivie de récédive à deux ans et demi de là.

Les suites des accouchements sont dites normales. Néanmoins, deux ans environ après le dernier accouchement, à la suite duquel elle s'était prématurément relevée (le jour même), elle est obligée de consulter Engström une première fois, en octobre 1894, pour des « douleurs dans la fosse iliaque droite ».

En 1895, elle revient à la consultation où l'on diagnostique : rétroflexion, endométrite, oophorite droite. On lui fait un curettage et une vagino-fixation suivie d'amélioration rapide.

C'est le 10 janvier 1896 qu'elle réparaît avec sa première grossesse tubaire gauche.

On fait la laparotomie le 3 mars, et on constate que « la trompe et l'ovaire droits sont environnés d'adhérences solides qui semblent ne pouvoir être détruites sans violence ».

Rappelant le 1^{er} cas d'Engström publié par Toïvo Forsström, Lindeblom remarque que « ces deux cas apportent un appui évident à l'idée que les états pathologiques de la paroi tubaire sont une cause fréquente d'implantation anormale de l'œuf ».

Dans les quatre autres cas où les annexes furent examinées elles furent trouvées *saines* : (Olshausen, Varnier, etc.).

Et c'est à propos de ces 4 observations que peut se poser la question soulevée par M. Hartmann (1) lors de la communication de M. Varnier.

« Ce sont peut-être, disait-il, les adhérences de la trompe opposée consécutives à l'organisation des exsudats enkystant plus ou moins la première hématocele qui sont la cause des récidives de la grossesse tubaire du côté opposé à celui opéré.

« Si la malade, dont M. Varnier vient de nous relater l'histoire, a eu une récidive de grossesse tubaire du côté opposé, cela tient peut-être à ce que, dans ce cas, les adhérences extérieures de la trompe conservée ont été plus considérables que chez une autre, parce qu'après l'opération que j'ai pratiquée elle a eu un peu d'infection le long du trajet du drain et une poussée de pelvi-péritonite plastique.

« A ceux qui objecteraient à cette hypothèse qu'on n'observe pas de grossesse tubaire après les ablations unilatérales pour annexite, je répondrai que les cas ne sont pas similaires, que dans les ablations unilatérales il s'agit soit d'ovaires kystiques, cas où il n'y a pas d'adhérences péri-

(1) Compte rendu de la *Soc. d'Obstétrique, Gynécologie, Pédiatrie de Paris*, 5 octobre 1900, t. II, p. 268.

tubaires du côté opposé, soit de salpingo-ovarites vraies, cas où la fécondation tubaire ne peut se faire par suite de l'existence de lésions de la muqueuse du côté conservé, les lésions de cet ordre étant presque toujours bilatérales. »

L'influence exercée sur la récurrence par l'infection et la pelvi-péritonite plastique consécutive à la laparotomie faite au cours de la première grossesse ectopique ne ressort nettement d'aucune autre de nos observations.

Par contre, il est à remarquer, en faveur du rôle possible (en dehors de toute suite opératoire) de l'organisation des exsudats de la première hématocele, que dans plusieurs cas la récurrence s'est faite après une première grossesse ectopique abandonnée à elle-même.

D'ailleurs, la constatation « annexes saines » au cours de la première laparotomie n'est pas absolument concluante. Cet examen à l'œil nu ne peut guère renseigner, en effet, que sur l'existence ou l'absence d'altérations péricervicales.

Les altérations de la membrane muqueuse ou l'obstruction de la lumière tubaire échappent à cette exploration.

Pour l'*endosalpingite*, nous savons bien que, depuis les recherches de Frommel, nombre d'auteurs la considèrent comme incompatible avec la greffe de l'œuf, et que Bland Sutton soutient ce paradoxe « qu'une trompe de Fallope saine est plus en état de devenir gravide qu'une autre qui a été enflammée ». Nous savons aussi que M. Paquy a montré, sur un certain nombre de pièces, la conservation de l'épithélium tubaire dans les portions de trompe non occupées par l'œuf.

Cela n'empêche pas quelques observateurs de récurrences de

mettre en avant, pour expliquer la bilatéralité de la grossesse ectopique survenant après une série de grossesses utérines, « l'endosalpingite catarrhale de Martin, une hypertrophie générale de la muqueuse *sans chute de l'épithélium* » lésion capable d'arrêter l'œuf dans sa migration mais incapable de s'apposer à la nidation tubaire.

C'est ainsi que Boldt (obs. 14) dit : « Lors de la première laparotomie, j'avais remarqué que la trompe indemne était en état de salpingite catarrhale, autant que l'inspection pouvait permettre de s'en rendre compte. Comme je n'y voyais pas de danger je la laissai. Il y eut récurrence. Ceci est un argument en faveur de la prédisposition à la grossesse tubaire par les inflammations légères de la trompe de Fallope. »

Dührssen est plus affirmatif encore.

« La grossesse extra-utérine récidivée, dit-il (dans les réflexions qui accompagnent ses deux observations) n'offre rien de surprenant si l'on considère *l'endosalpingite* comme la cause principale de la maladie.

« L'endosalpingite, en effet, frappe souvent les deux trompes en même temps ; ou bien l'inflammation s'étend ultérieurement à la trompe qui reste. L'état normal de la trompe laissée lors de la première opération ne prouve rien contre l'hypothèse qu'une endosalpingite a causé la récurrence. La trompe en question devenue ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen macroscopique et offrir pourtant à l'examen microscopique les signes manifestes d'une salpingite catarrhale chronique, comme le prouve notre cas 1/13 (1). »

L'exposé que nous venons de faire montre, une fois de plus, quelle pauvreté se cache sous l'apparente richesse des

(1) Obs. 36.

publications sur la grossesse ectopique qui, depuis une dizaine d'années, encombre les recueils périodiques.

Nous croyons n'avoir pas fait œuvre inutile en faisant toucher du doigt l'insuffisance de la plupart des observations de récurrence recueillies jusqu'à ce jour et en appelant, sur ce point spécial, l'attention des futurs observateurs.

CONCLUSIONS

I. — La récédive de la grossesse ectopique est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

II. — La récédive se fait généralement dans la trompe opposée.

III. — Il existe au moins une observation de récédive dans la trompe antérieurement gravide.

IV. — Il n'y a pas d'exemple authentique de trois grossesses extra-utérines chez la même femme. Mais cette éventualité est possible.

V. — La récédive tend à évoluer suivant le même type que la première grossesse par erreur de lieu.

VI. — La menace de récédive ne peut être considérée lors d'une première opération pour grossesse ectopique comme une indication à l'extirpation préventive des annexes du côté opposé lorsqu'elles paraissent normales.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

